

STAN ZDROWIA PACJENTA

Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. W przypadku trudności z odpowiedzią proszę pominąć pytanie i wyjaśnić **wątpliwości z lekarzem prowadzącym**.

Poniższe pytania służą do zebrania informacji koniecznych do wybrania właściwego sposobu leczenia oraz wybrania odpowiedniego znieczulenia przed zabiegiem.

.....	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
Imię i nazwisko Pacjenta	PESEL										
Czy czuje się Pan(i) ogólnie zdrowy(a)?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>										
Czy w ciągu ostatnich 2 lat leczył(a) się Pan(i) w szpitalu?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>										
Jeśli tak to z jakiego powodu:											
Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>										
Jeśli tak to na co:											
Czy przyjmuje Pan(i) jakieś leki? (zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwe)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>										
Jeśli tak to jakie:											
Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a)?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>										
Jeśli tak to na co:											
Czy występują u Pana(i):											
duszność	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	obrzęki	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>								
pokrzywka	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	swędzenie	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>								
Czy ma Pan(i) skłonność do krwawień?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>										
Czy miał Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>										
Czy Pan(i) chrapie?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>										
Czy pojawia się bezdech nocny?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>										
Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>										
<u>Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób?</u>											
choroby serca (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>										
inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>										
choroby naczyń krwionośnych (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle podudzi przy chodzeniu, zakrzepy żył powierzchownych lub głębokich)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>										
choroby płuc (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>										
choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>										
choroby wątroby (kamica, żółtaczką, marskość wątroby)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>										
choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>										
zaburzenia przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>										
choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>										
choroby układu nerwowego (padaczka, niedowład, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>										

choroby układu kostno-stawowego (ból korzonkowy, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach) TAK NIE

choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba) TAK NIE

choroby oczu (jaskra) TAK NIE

zmiany nastroju (depresja, nerwica) TAK NIE

choroby zakaźne

żółtaczką zakaźną A TAK NIE AIDS TAK NIE

żółtaczką zakaźną B TAK NIE gruźlica TAK NIE

żółtaczką zakaźną C TAK NIE chor. weneryczne TAK NIE

choroba reumatyczna TAK NIE

osteoporoza TAK NIE

inne dolegliwości jakie?

.....

Jaki był ostatni pomiar ciśnienia krwi

Czy był(a) Pan(i) już kiedyś operowany(a) TAK NIE

Jeśli tak to kiedy i z jakiego powodu:

Czy dobrze zniósł Pan(i) znieczulenie? TAK NIE

Czy miał Pan(i) przetaczaną krew TAK NIE

Jeśli tak to kiedy i z jakiej przyczyny:

Czy pali Pan(i) tytoń? TAK NIE

Jeśli tak, to ile i od kiedy:

Czy pije Pan(i) alkohol? TAK NIE

Czy zażywa Pan(i) środki uspakajające, nasenne, narkotyki? TAK NIE

Jeśli tak to jakie:

Czy był(a) Pan(i) poddana kiedykolwiek zabiegom chemioterapii lub radioterapii? TAK NIE

Jeśli tak to jakim:

Czy był(a) lub jest Pan(i) leczona lekami z grupy bisfosfonianów (osteoporoza, nowotwory)? TAK NIE

Jeśli tak to jakimi:

Pytania dotyczące kobiet:

Czy jest Pani w ciąży? TAK NIE

Jeśli tak to w którym miesiącu:

Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę?

Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne? TAK NIE

Wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą lekarską i służą trosce o Państwa bezpieczeństwo.

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą. Wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się zgłosić w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu.

.....
data

.....
podpis pacjenta (opiekuna prawnego*)

* niepotrzebne skreślić