

# INFORMACJA DOTYCZĄCA OGÓLNEGO STANU ZDROWIA PACJENTA

Wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą lekarską i służą trosce o Państwa bezpieczeństwo. 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 i mogą mieć wpływ na jego przebieg.

..... PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
..... Nazwisko, imię pacjenta

## STAN OGÓLNY PACJENTA

1. Czy czuje się PAN(I) ogólnie zdrowo? TAK  NIE  NIE WIEM   
2. Czy w ciągu ostatnich 2 lat leczył się PAN(I)? TAK  NIE  NIE WIEM

Jeśli tak to z jakiego powodu: .....

3. Czy aktualnie się PAN(I) na coś leczy? TAK  NIE  NIE WIEM

Jeśli tak to na co: .....

4. Czy przyjmuje PAN(I) jakieś leki? (zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwie)  
TAK  NIE  NIE WIEM

Jeśli tak to jakie: .....

5. Czy występują u PANA(I):  
duszność      TAK  NIE  NIE WIEM       obrzęki      TAK  NIE  NIE WIEM   
pokrzywka      TAK  NIE  NIE WIEM       swędzenie      TAK  NIE  NIE WIEM
6. Czy ma PAN(I) skłonność do krwawień? TAK  NIE  NIE WIEM   
7. Czy miał PAN(I) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności? TAK  NIE  NIE WIEM   
8. Czy zażywa PAN(I) środki uspakajające, nasenne? TAK  NIE  NIE WIEM

## UCZULENIA

9. Czy jest PAN(I) na coś uczulony? TAK  NIE  NIE WIEM

Jeśli tak to na co: .....

## SZCZEPIENIA

10. Na jakie choroby dziecko było szczepione: .....

### CHOROBY PRZEBYTE, CHOROBY PRZEWLEKŁE

11. Czy choruje PAN(I) lub chorował na którąś z następujących chorób?  
a) **choroby serca** (wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego, inne)  
TAK  NIE  NIE WIEM   
b) **inne choroby układu krążenia** (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności)  
TAK  NIE  NIE WIEM   
c) **choroby naczyń krwionośnych** (naczyniaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, inne)  
TAK  NIE  NIE WIEM   
d) **choroby płuc** (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli)  
TAK  NIE  NIE WIEM

- e) **choroby układu pokarmowego** (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit) TAK  NIE  NIE WIEM
- f) **choroby wątroby** (żółtaczką, inne) TAK  NIE  NIE WIEM
- g) **choroby układu moczowego** (zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu) TAK  NIE  NIE WIEM
- h) **zaburzenia przemiany materii** (cukrzyca, dna moczanowa) TAK  NIE  NIE WIEM
- i) **choroby tarczycy** (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne) TAK  NIE  NIE WIEM
- j) **choroby układu nerwowego** (padaczka, niedowład, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia) TAK  NIE  NIE WIEM
- k) **choroby układu kostno-stawowego** (ból korzonkowy, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach) TAK  NIE  NIE WIEM
- l) **choroby krwi i układu krzepnięcia** (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba) TAK  NIE  NIE WIEM
- m) **choroby oczu** (jaskra) TAK  NIE  NIE WIEM
- n) **zmiany nastroju** (depresja, nerwica) TAK  NIE  NIE WIEM
- o) **choroba reumatyczna** TAK  NIE  NIE WIEM
- p) **osteoporoza** TAK  NIE  NIE WIEM
- q) **choroby zakaźne / nosicielstwo** TAK  NIE  NIE WIEM
- a. żółtaczką zakaźną A TAK  NIE  NIE WIEM
- b. żółtaczką zakaźną C TAK  NIE  NIE WIEM
- c. żółtaczką zakaźną B TAK  NIE  NIE WIEM
- d. gruźlica TAK  NIE  NIE WIEM
- e. Wirus HIV TAK  NIE  NIE WIEM

r) **inne dolegliwości** jakie: .....

12. Czy pali Pan(i) tytoń? TAK  NIE

13. Czy pije Pan(i) alkohol? TAK  NIE

14. Czy zażywa Pan(i) środki uspokajające, nasenne, narkotyki? TAK  NIE

Jeśli tak, to jakie: .....

15. Czy jest Pani w ciąży? TAK  NIE  NIE WIEM

Jeśli tak, to w którym miesiącu: .....

16. Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę? .....

17. Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne? TAK  NIE

18. Jaki był ostatni pomiar ciśnienia krwi

.....

#### POBYTY W SZPITALU, OPERACJE

19. Czy w ciągu ostatnich dwóch lat był PAN(I) hospitalizowany TAK  NIE  NIE WIEM

a) Jeśli tak to kiedy i z jakiego powodu: .....

20. Czy było kiedyś PAN(I) operowany? TAK  NIE  NIE WIEM

a) Jeśli tak to kiedy i z jakiego powodu: .....

21. Czy dobrze zniósł PAN(I) znieczulenie? TAK  NIE  NIE WIEM

22. Czy miał PAN(I) przetaczaną krew TAK  NIE  NIE WIEM

23. Jeśli tak to kiedy i z jakiej przyczyny: .....

24. inne dolegliwości jakie?

a. ....

b. ....

### OBciążENIA DZIEDZICZNE

25. Czy występuje u PANA(I) choroby dziedziczne? TAK  NIE  NIE WIEM

a) Jeśli tak to jakie: .....

26. Czy w Państwa rodzinie były przypadki wad lub skłonności do zapadania na jakąś chorobę, dziedziczną po rodzicach lub dziadkach? TAK  NIE  NIE WIEM

a) Jeśli tak to jaką: .....

### OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

27. Prawo do opieki nad dzieckiem

a) w tym do decydowania o metodzie i sposobach leczenia przysługuje:

Matce  Ojcu  Obojgu rodzicom

b) drugi rodzic wie o planowanym leczeniu dziecka: TAK  NIE  NIE WIEM

28. 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.

..... nr PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię, nazwisko

zamieszkały/a:

.....  
.....

.....  
*data*

.....  
*podpis opiekuna prawnego*

### Wypełnia lekarz

Uwagi lekarza:

.....  
.....  
.....

Przeciwwskazania do leczenia:

.....  
.....

.....  
*data*

.....  
*podpis lekarza*

\* niepotrzebne skreślić