

INFORMACJE O STANIE 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 oraz wybrania odpowiedniego znieczulenia przed zabiegiem.

Imię	Nazwisko	PESEL
------	----------	-------

Tel.	E-mail:
------	---------

Historia aktualnych schorzeń

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? Jeśli tak to z jakiego powodu.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy? Jeśli tak to z jakiego powodu.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy przyjmuje Pan(i) jakieś leki?(zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwe) Jeśli tak to z jakiego powodu.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a)? Jeśli tak to na co.....	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(a) Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy występują u Pana(i): duszność, obrzęki, pokrzywka, swędzenie?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy leczył(a) się Pan(i) u stomatologa? Jak tak to gdzie i kiedy.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy korzystał(a) Pan(i) z usług gabinetów kosmetycznych? Jak tak to gdzie i kiedy.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy korzystał(a) Pan(i) z usług salonów fryzjerskich? Jak tak to gdzie i kiedy.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

Historia przebytych chorób						
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		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, żółtaczka, 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, otyłość		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, niedowłady, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia		TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>		
Choroby układu kostno-stawowego	Bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach		TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>		
Choroby krwi i układu krzepnięcia	Hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba		TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>		
Choroby oczu	jaskra		TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>		
Zmiany nastroju	Depresja, nerwica		TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>		
Choroby zakaźne	Żółtaczka zakaźna (A, B, C)		TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>		
	HIV		TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>		
	Gruźlica		TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>		
	Choroby weneryczne		TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>		
Choroba reumatyczna	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Osteoporoza	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Inne dolegliwości

Historia przebytych zabiegów operacyjnych					
Czy był(a) Pan(i) już kiedyś operowany(a) Jeśli tak to z jakiego powodu:			TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
1.....					
.					
2.....					
.					
3.....					
.					
Czy dobrze zniósł(osła) Pan(i) znieczulenie?			TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
Czy miał(a) Pan(i) przetaczaną krew? Jeśli tak to kiedy i z jakiego powodu.....			TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
.....					
.					
Historia chorób występujących w rodzinie					
Nowotwory	TAK <input type="checkbox"/>	Choroby serca	TAK <input type="checkbox"/>	Cukrzyca	TAK <input type="checkbox"/>
	NIE <input type="checkbox"/>		NIE <input type="checkbox"/>		NIE <input type="checkbox"/>
Wywiad społeczny					
Czy pali Pan(i) tytoń? Jeśli tak to od kiedy i ile sztuk dziennie.....			TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
.....					
Czy pije Pan(i) alkohol			TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
Czy zażywa Pan(i) środki uspokajające, nasenne, narkotyki? Jeśli tak to jakie i w jakich dawkach.....			TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
.....					
Pytania dotyczące kobiet					
Czy jest Pani w ciąży? Jeśli tak to w którym miesiącu.....			TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę?				
Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne?			TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		

.....
Data i podpis