ANKIETA O STANIE ZDROWIA

Informacja dotycząca stanu zdrowia pacjenta

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

……..…… PESEL ……..…
(imię i nazwisko pacjenta)

Oświadczam, że zdaję sobie sprawę z konsekwencji w przypadku podania nieprawdziwych danych odnośnie do mojego stanu zdrowia. Zatajenie danych w zakresie stanu zdrowia i przyjmowanych leków może mieć niekorzystny wpływ na podjęte leczenie, jak również może mieć niekorzystny wpływ na stan zdrowia. Wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą lekarską oraz służą do zebrania informacji koniecznych do wybrania właściwego sposobu leczenia oraz wybrania odpowiedniego znieczulenia.
W tabelce właściwą odpowiedź zaznaczamy krzyżykiem „X", a w informacjach dodatkowych wpisujemy np. nazwy leków, choroby itp.

Lp.	Pytanie	Tak	Nie	Dodatkowe informacje
1.	Czy czuje się Pan(i) ogólnie zdrowy(-a)?			
2.	Czy w ciągu ostatnich 2 lat leczył(a) się Pan(i) w szpitalu?			Jeśli tak, proszę podać powód leczenia
3.	Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy?			Jeśli tak, proszę podać, na co
4.	Czy przyjmuje Pan(i) jakieś leki? (zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwe)			Jeśli tak, proszę podać, jakie i w jakich dawkach
5.	Czy jest Pan(i) na coś uczulony(-a)?			Jeśli tak, proszę podać, na co
6.	Czy występują u Pana(-i) duszności?			
7.	Czy występują u Pana(-i) obrzęki?			
8.	Czy występują u Pana(-i) swędzenia?			
9.	Czy występuje u Pana(-i) pokrzywka?			
10.	Czy ma Pan(i) skłonność do krwawień?			
11.	Czy miał Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności?			Jeśli tak, proszę wskazać, kiedy
12.	Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca?			
13.	Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na **choroby serca** (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego)?			Jeśli tak, proszę wskazać, na co i kiedy
14.	Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na **inne choroby układu krążenia** (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności)?			Jeśli tak, proszę wskazać, na co i kiedy
15.	Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na **choroby naczyń krwionośnych** (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle podudzi przy chodzeniu)?			Jeśli tak, proszę wskazać, na co i kiedy

16.	Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na **choroby płuc** (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli)?			Jeśli tak, proszę wskazać, na co i kiedy
17.	Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na **choroby układu pokarmowego** (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit)?			Jeśli tak, proszę wskazać, na co i kiedy
18.	Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na **osteoporozę**?			
19.	Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na **choroby wątroby** (kamica, żółtaczka, marskość wątroby)?			Jeśli tak, proszę wskazać, na co i kiedy
20.	Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na **choroby układu moczowego** (zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu)?			Jeśli tak, proszę wskazać, na co i kiedy
21.	Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na **zaburzenia przemiany materii** (cukrzyca, dna moczanowa)?			Jeśli tak, proszę wskazać, na co i kiedy
22.	Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na **choroby tarczycy** (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne)?			Jeśli tak, proszę wskazać, na co i kiedy
23.	Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na **choroby układu nerwowego** (padaczka, niedowłady, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia)?			Jeśli tak, proszę wskazać, na co i kiedy
24.	Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na **choroby układu kostno-stawowego** (bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach)?			Jeśli tak, proszę wskazać, na co i kiedy
25.	Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na **choroby krwi i układu krzepnięcia** (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba)?			Jeśli tak, proszę wskazać, na co i kiedy
26.	Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na **choroby oczu** (jaskra)?			Jeśli tak, proszę wskazać, na co i kiedy
27.	Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na **zmiany nastroju** (depresja, nerwica)?			Jeśli tak, proszę wskazać, na co i kiedy
28.	Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na **choroby zakaźne** (żółtaczka zakaźna, AIDS, żółtaczka zakaźna B, gruźlica, żółtaczka zakaźna C, choroby weneryczne)?			Proszę wpisać nazwę choroby
29.	Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na **choroby reumatyczne**?			Jeśli tak, proszę wskazać, na co i kiedy
30.	Czy był(a) Pan(i) już kiedyś operowany(-a)?			Jeśli tak, proszę wskazać, kiedy i z jakiego powodu
31.	Czy dobrze zniósł (zniosła) Pan(i) znieczulenie?			
32.	Czy miał(a) Pan(i) przetaczaną krew?			Jeśli tak, proszę wskazać, kiedy i dlaczego

33.	Czy występują **inne dolegliwości**?			Jeśli tak, to jakie
34.	Czy pali Pan(i) tytoń?			Jeśli tak, to ile i od kiedy:
35.	Czy pije Pan(i) alkohol?			Jeśli tak, to w jakich ilościach i jak często
36.	Czy zażywa Pan(i) środki uspokajające, nasenne, narkotyki?			Jeśli tak, to w jakich ilościach i jak często
37.	Kiedy ostatnio był(a) Pan(i) u kosmetyczki?			Wpisać datę (rok i miesiąc)
38.	Kiedy ostatnio był(a) Pan(i) u fryzjera?			Wpisać datę (rok i miesiąc)
39.	**Pytania dotyczące kobiet:** Czy jest Pani w ciąży?			Jeśli tak, proszę wskazać tydzień
40.	Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę?			Wpisać datę (miesiąc i rok)
41.	Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne?			

Znam przysługujące mi prawa pacjenta wynikające z Karty Praw Pacjenta i wyrażam zgodę na leczenie. Niniejsza informacja dotycząca stanu zdrowia pacjenta obejmuje wykonanie wszystkich zabiegów zaleconych i uzgodnionych z lekarzem prowadzącym lub innymi lekarzami poradni. O każdej zmianie stanu zdrowia lub przyjmowanych lekach pisemnie poinformuję lekarza.

……..……..

czytelny podpis pacjenta/ data