

INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA

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

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

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

.....PESEL

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

Nazwisko, imię pacjenta

Telefon Adres.....

Płeć: Kobieta ☐ Mężczyzna ☐

Czy czuje się Pan(i) ogólnie zdrowy(a)? TAK ☐ NIE ☐

Czy w ciągu ostatnich 2 lat leczył(a) się Pan(i) w szpitalu? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to z jakiego powodu:

Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to na co:

Czy przyjmuje Pan(i) jakieś leki? (zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwe) TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to jakie:

Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a)? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to na co:

Czy występują u Pana(i):

duszność TAK ☐ NIE ☐

obrzęki TAK ☐ NIE ☐

pokrzywka TAK ☐ NIE ☐

swędzenie TAK ☐ NIE ☐

Czy ma Pan(i) skłonność do krwawień? TAK ☐ NIE ☐

Czy miał Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności? TAK ☐ NIE ☐

Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca? TAK ☐ NIE ☐

Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób:

choroby serca (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego) TAK ☐ NIE ☐

inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności) TAK ☐ NIE ☐

choroby naczyń krwionośnych (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle podudzi przy chodzeniu) TAK ☐ NIE ☐

choroby płuc (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli) TAK ☐ NIE ☐

choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit) TAK ☐ NIE ☐

choroby wątroby (kamica, żółtaczką, marskość wątroby) TAK ☐ NIE ☐

choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu) TAK ☐ NIE ☐

zaburzenia przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa) TAK ☐ NIE ☐

choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne) TAK ☐ NIE ☐

choroby układu nerwowego (padaczka, niedowłady, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia) TAK ☐ NIE ☐

choroby układu kostno-stawowego (bóle korzonkowe, 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 TAK ☐ NIE ☐

żółtaczką zakaźną A TAK ☐ NIE ☐

HIV TAK ☐ NIE ☐

żółtaczką zakaźną B TAK ☐ NIE ☐

gruźlica TAK ☐ NIE ☐

żółtaczką zakaźną C TAK ☐ NIE ☐

ch. weneryczne TAK ☐ NIE ☐

choroba reumatyczna TAK ☐ NIE ☐

osteoporoza TAK ☐ NIE ☐

inne dolegliwości, jakie?

Jaki był ostatni pomiar ciśnienia krwi

Czy był(a) Pan(ani) 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 ☐

Czy pije Pan(i) alkohol? TAK ☐ NIE ☐

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

Jeśli tak to jakie:

Czy ma Pan/Pani protezy zębowe, chwiejące się zęby? TAK ☐ NIE ☐

Czy był/a Pan/Pani szczepiony/a przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby ? TAK ☐ NIE ☐

Pytania dotyczące kobiet:

Czy jest Pani w ciąży? TAK ☐ NIE ☐

Czy karmi Pani piersią? TAK ☐ NIE ☐

W CIĄGU 12 GODZIN PO ZNIECZULENIU OGÓLNYM NIEDOZWOLONE JEST:

- prowadzenie samochodu i innych pojazdów oraz obsługa skomplikowanych urządzeń i maszyn
- picie alkoholu,
- wykonywanie innych czynności wymagających pełnej sprawności psychofizycznej

OŚWIADCZENIE PACJENTA

- 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.
- Niniejszym oświadczam, że zostałem poinformowany o obowiązku powrotu do domu pod opieką osoby trzeciej w przypadku wykonania badania w znieczuleniu ogólnym.
- Niniejszym oświadczam, że zostałem poinformowany o prawie dostępu do swoich danych osobowych i ich poprawiania.

.....
data

.....
podpis pacjenta

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań i innych świadczeń zdrowotnych w Wielospecjalistycznej
Przychodni Lekarskiej Bodyclinic . z siedzibą przy ul. Sierakowskiego 4 lok. U3 w Warszawie

.....
data

.....
podpis pacjenta