

ANKIETA DOTYCZĄCA SYTUACJI ZDROWOTNEJ PACJENTA

Imię i nazwisko:

PESEL:

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

Nr telefonu:

Informacje dotyczące ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych
(pierwsza wizyta)

Waga: _____ kg Wzrost: _____ cm

CHOROBY PRZEWLEKŁE: (podkreśl choroby, na które chorujesz)

- **Choroby układu sercowo-naczyniowego:** nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, choroba niedokrwienna serca, migotanie przedsionków, niewydolność serca, wady zastawkowe, żylna choroba zakrzepowo-zatorowa, niewydolność żył, żylaki.
- **Choroby układu oddechowego:** zespół bezdechu sennego, astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP).
- **Choroby układu pokarmowego:** niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby, choroba refluksowa przełyku, choroba wrzodowa żołądka, kamica pęcherzyka żółciowego, uchyłki jelit, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, choroba Leśniowskiego-Crohna, polipy jelitowe.
- **Choroby układu wewnątrzwydzielniczego:** cukrzyca, stan przedcukrzycowy, niedoczynność tarczycy, nadczynność tarczycy, wole guzowate, zaburzenia miesiączkowania, niepłodność męską, zaburzenia erekcji.
- **Choroby nerek i dróg moczowych:** kamica nerkowa, przewlekła niewydolność nerek.
- **Choroby układu krwiotwórczego:** szpiczak mnogi, niedokrwistość, białaczka szpikowa, białaczka limfoblastyczna, zespoły mielodysplastyczne, czerwienica prawdziwa.
- **Choroby układu kostno-stawowego:** choroba zwyrodnieniowa stawów, dna moczanowa, rwa kulszowa, choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa, reumatoidalne zapalenie stawów, osteoporoza, skolioza.
- **Choroby układu nerwowego:** udar mózgu, zawroty głowy, choroba Parkinsona, stwardnienie rozsiane, padaczka.
- **Choroby nowotworowe:** nowotwory żołądka, wątroby, jelita grubego, piersi, jajnika, prostaty, pęcherzyka żółciowego, trzustki.
- **Powikłania psychologiczne i psychiatryczne:** depresja, zaburzenia nastroju, nerwica lękowa, schizofrenia.
- **Choroby zakaźne:** borelioza.
- **Choroby oczu:** zaćma, jaskra, zaburzenia widzenia, zespół suchego oka, retinopatia cukrzycowa.
- **Choroby słuchu:** niedosłuch.
- **Inne:** (*wpisz jakie*)

UŻYWANY SPRZĘT: (*zaznacz jakiego sprzętu używasz*)

<input type="checkbox"/> Aparat słuchowy.	<input type="checkbox"/> Cewnik urologiczny (wewnętrzny/zewnętrzny).	<input type="checkbox"/> Wkłady chłonne (pampersy, pieluchomajtki)
<input type="checkbox"/> Korekcja okularowa.	<input type="checkbox"/> Cewnik do żywienia : dojelitowego-sonda,	<input type="checkbox"/> Sensory do pomiaru glukozy.
<input type="checkbox"/> Laski, kule, chodziki.	<input type="checkbox"/> pozajelitowego -	
<input type="checkbox"/> Wózek inwalidzki.	<input type="checkbox"/> Sprzęt stomijny.	<input type="checkbox"/> Inne: _____

PRZEBYTE CHOROBY: (gruźlica, nowotwór, udar, zawał serca, urazy, złamania)

(wypisz jakie)

POBYTY W SZPITALU/OPERACJE/ZABIEGI: (ginekologiczne, kardiologiczne, ortopedyczne, neurologiczne, cięcie cesarskie, endoprotezoplastyka stawu kolanowego, biodrowego, stenty, usunięcie: pęcherzyka żółciowego, wyrostka robaczkowego, prostaty, przepukliny, nowotworu)

(wypisz jakie)

PRZYJMOWANE LEKI: (nazwa leku, postać, dawka)

(wypisz jakie)

UCZULENIA/NIETOLERANCJE: (skórne, pokarmowe, na leki, inne)

(wypisz jakie)

OBCIĄŻENIA DZIEDZICZNE: (podkreśl właściwe)

- **Choroby układu krążenia:** nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, hipercholesterolemia rodzinna.
- **Choroby metaboliczne:** cukrzyca typu 2, otyłość, dna moczanowa.
- **Choroby neurologiczne i psychiczne:** choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, padaczka, schizofrenia, choroba afektywna dwubiegunowa.
- **Choroby nowotworowe:** rak piersi, rak jajnika, rak jelita grubego, czerniak.
- **Choroby autoimmunologiczne:** toczeń rumieniowaty układowy, reumatoidalne zapalenie stawów, stwardnienie rozsiane.
- **Choroby genetyczne jednogenowe:** mukowiscydoza, anemia sierpowata, dystrofia mięśniowa, hemofilia.
- **Astma i alergie.**
- **Choroby tarczycy,** np. Hashimoto.

SZCZEPIENIA (stosowane surowice)

Obowiązkowe według kalendarza szczepień: tak nie

Zalecane, jakie? (grypa, błonica, tężec, krztusiec, Covid-19, dur brzuszny, WZW A, WZW B, HPV, półpasiec, inne- jakie?), czas szczepienia : _____

Orzeczenie o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności albo inne orzeczenia traktowane na równi z tym orzeczeniem (*jeśli posiadasz orzeczenie, prosimy o przyniesienie go na wizytę.*)

Tak, posiadam. Nie posiadam.

CZYNNIKI RYZYKA: (zaznacz właściwe, można kilka)

<input type="checkbox"/> Genetyczne (choroby dziedziczne w rodzinie)	<input type="checkbox"/> Nieprawidłowa dieta
<input type="checkbox"/> Nadciśnienie tętnicze	<input type="checkbox"/> Nadmierne spożycie alkoholu
<input type="checkbox"/> Podwyższone stężenie cholesterolu	<input type="checkbox"/> Palenie papierosów
<input type="checkbox"/> Cukrzyca	<input type="checkbox"/> Niska aktywność fizyczna
<input type="checkbox"/> Nadwaga i otyłość	<input type="checkbox"/> Stres
	<input type="checkbox"/> Promieniowanie jonizujące

UZALEŻNIENIA: (zaznacz właściwe, można kilka)

<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> Kofeina
<input type="checkbox"/> Narkotyki	<input type="checkbox"/> Leki – uspokajające, nasenne, p/bólowe
<input type="checkbox"/> Nikotyna	<input type="checkbox"/> Behawioralne np.: Internet, gry komputerowe, zakupy, jedzenie, hazard, ćwiczenia fizyczne

STAN SPOŁECZNY: (zaznacz właściwe)

RODZINA:	PRACA:
<input type="checkbox"/> Tak;	<input type="checkbox"/> Pracuje;
<input type="checkbox"/> Samotna/ny;	<input type="checkbox"/> Bezrobotna/y;
<input type="checkbox"/> Brak odpowiedzi;	<input type="checkbox"/> Emeryt/ka;
<input type="checkbox"/> Inne: _____	<input type="checkbox"/> Inne: _____

Data wypełnienia

Czytelny podpis pacjenta