

ANKIETA STANU ZDROWIA PACJENTA

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

..... 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?			
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/a Pan/i epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności? Padaczka?			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/ na choroby krwi i układu			Jeśli tak, proszę wskazać, na co i kiedy:

	krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba)?			
26	Czy choruje lub chorował/a Pan/a 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/ła 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	Ciąża?			Który trymestr?
38	Szybko postępujące porażenia mięśni np. opadająca stopa/zaburzenia funkcjonowania zwieraczy			
39	Niestabilność więzadłowa w obrębie kręgosłupa szyjnego górnego w przypadku chorób reumatycznych?			
40	Zespoleń metalowe? Implanty?			Jakie?

Niniejsza informacja dotycząca stanu zdrowia pacjenta obejmuje wykonanie wszystkich zabiegów uzgodnionych z lekarzem prowadzącym lub innymi lekarzami podmiotu leczniczego. O każdej zmianie stanu zdrowia lub przyjmowanych lekach pisemnie poinformuję lekarza.

