

ANKIETA

PROSZĘ WYPEŁNIĆ PRZED PRZYJĘCIEM NA HOSPITALIZACJĘ

Nazwisko i imię:

PESEL:

Prosimy wypisać WSZYSTKIE przyjmowane ŚRODKI LECZNICZE (leki, suplementy, witaminy, zioła itd.) (zarówno zlecone przez lekarza jak i stosowane samodzielnie)				
NAZWA ŚRODKA (leku / suplementu diety / witamin / ziół)	DAWKA (np. mg/ml, g, mg, µg itd.) POSTAĆ LEKU (np. tabl., kaps., syrop, krople, maść, czopek)	GODZINY PRZYJMOWANIA LEKÓW		
		rano	południe	wieczór
1.	Dawka: Postać:			
2.	Dawka: Postać:			
3.	Dawka: Postać:			
4.	Dawka: Postać:			
5.	Dawka: Postać:			
6.	Dawka: Postać:			
7.	Dawka: Postać:			
8.	Dawka: Postać:			
9.	Dawka: Postać:			
10.	Dawka: Postać:			
11.	Dawka: Postać:			
12.	Dawka: Postać:			
13.	Dawka: Postać:			
14.	Dawka: Postać:			

Jeżeli nie starczyło miejsca na wypisanie wszystkich leków, proszę dołączyć dodatkową kartkę.

1. Wzrost cm Waga kg

2. Czy schudł/a Pan/Pani w ostatnim okresie?

NIE TAK (jeśli tak, proszę wpisać ile kilogramów w jakim okresie)
..... kg w ciągu ostatnich

3. Uczulenia

NIE TAK (proszę wymienić leki, substancje, pokarmy, na które jest Pan/Pani uczulony/a)
.....
.....)

4. Czy przyjmuje Pan/Pani leki przeciwkrzepliwe („rozzedzające krew”)?

NIE TAK (proszę wymienić.....)

5. Czy wejdzie Pan/Pani bez wysiłku na I piętro?

NIE TAK

6. Proszę wskazać przebyte operacje / leczenie radioterapeutyczne / chemioterapeutyczne

Przebyte operacje / leczenie radioterapeutyczne / chemioterapeutyczne	Rok	Ewentualne komplikacje podczas zabiegu / leczenia	Rodzaj znieczulenia (dotyczy operacji)

PROSZĘ O ZAZNACZENIE ZNAKIEM „X” WŁAŚCIWEJ ODPOWIEDZI (TAK lub NIE)

7. Choroby układu sercowo-naczyniowego:

	TAK	NIE
Choroba niedokrwienna serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stenty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nadciśnienie tętnicze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choroba zakrzepowo-zatorowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zawał serca, kiedy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zaburzenia rytmu serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tętniaki (w tym aorty mózgu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stymulator serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kardiowerter-defibrylator (ICD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
By-passy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Żylaki kończyn dolnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zatorowość płucna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niewydolność serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migotanie przedsionków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wady zastawkowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne		

8. Choroby układu oddechowego:

	TAK	NIE
Astma oskrzelowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Przewlekłe zapalenie oskrzeli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bezdech senny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zapalenia płuc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Przewlekły kaszel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duszność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne		

9. Choroby układu endokrynego:

	TAK	NIE
Choroby tarczycy (jakie?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
Cukrzyca leczona insuliną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cukrzyca leczona doustnymi lekami przeciw cukrzycowymi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne		

Adnotacje lekarza

10. Choroby układu pokarmowego:

	TAK	NIE
Zapalenie jelit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choroba refluksowa przełyku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krwawienie z przewodu pokarmowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zapalenie trzustki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choroby pęcherzyka żółciowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zapalenie wątroby (w tym HCV, HBV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choroba wrzodowa (żołądka, dwunastnicy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choroby wątroby (marskość, żółtaczką, kamica pęcherzyka żółciowego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biegunki / zaparcia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne		

11. Choroby krwi:

	TAK	NIE
Zaburzenia krzepnięcia, przedłużone krwawienie, łatwe siniaczenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Białaczka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedokrwistość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemofilia (także w rodzinie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zaburzenia krzepnięcia występujące w rodzinie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne		

12. Choroby układu moczowego:

	TAK	NIE
Niewydolność nerek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Przewlekłe zapalenie nerek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kamica nerkowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podwyższone poziomy kreatyniny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dializoterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zaburzenia w oddawaniu moczu, nietrzymanie moczu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choroby prostaty (przerost, rak)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne		

13. Choroby układu nerwowego:

	TAK	NIE
Udar mózgu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miastenia, dystrofia mięśniowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nerwica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choroba Parkinsona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choroba Alzheimera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedowład, porażenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padaczka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choroby psychiczne np. depresja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omdlenia i zaniki pamięci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne		

14. Choroby narządu wzroku:

	TAK	NIE
Zaćma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaskra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retinopatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne		

15. Choroby narządu słuchu:

	TAK	NIE
Niedosłuch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zawroty głowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Przewlekłe zapalenie ucha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne		

16. Choroby układu kostno-szkieletowego:

	TAK	NIE
Osteoporoza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwyrodnienia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dyskopatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endoprotezy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne		

17. Przebyte choroby

nowotworowe (inne niż obecna choroba):

- nie dotyczy
 jeśli dotyczy, proszę wymienić przebyte choroby:

.....

18. Wady wrodzone NIE TAK

Jeśli TAK, proszę wymienić jakie

19. Stan uzębienia

- Własne Proteza
 Liczne ubytki Implanty
 Zęby Aparat
próchnicze protetyczny
 Zęby ruchome Inne

20. Czy przyjmował/a Pan/Pani antybiotyki bezpośrednio przed przyjęciem do szpitala (do 2 tygodni przed przyjęciem)? NIE TAK

Jeśli TAK, proszę wymienić jakie

21. Inne choroby lub schorzenia, nieujęte w powyższej ankiecie? NIE TAK**22. Czy miał/a Pan/Pani kiedykolwiek przetaczaną krew lub preparaty krwio pochodne (osocze, koncentrat płytek, itp.)?** NIE TAK

Jeśli TAK, proszę podać datę ostatniego przetoczenia

Czy występowały niepożądane objawy?

Jeśli TAK, to jakie?

23. Czy miał Pan/Pani przeszczep:

	NIE	TAK
komórek krwiotwórczych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
komórek macierzystych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
narządu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jeśli TAK, proszę uzupełnić:

- Data przeszczepienia:
- Grupa krwi biorcy przed przeszczepieniem
- Grupa krwi dawcy

24. Czy u Pana/Pani lub w Państwa rodzinie występują choroby mięśni? NIE TAK

Jeśli TAK, to jakie?

25. Czy pali Pan/Pani papierosy? NIE TAK

Jeśli TAK, to w jakich ilościach i od kiedy? /24h lat

26. Czy spożywa Pan/Pani alkohol? NIE TAK SPORADYCZNIE**27. Czy pobiera Pan/Pani leki uspokajające i nasenne?** NIE TAK

Jeśli TAK, to w jakiej dawce?

28. Dotyczy kobiet – czy jest Pani w ciąży NIE TAK**29. Czy nosi Pan/Pani szkła kontaktowe, aparaty słuchowe, posiada endoprotezy, kolczyki, tatuaże, wkładki domaciczne (dotyczy kobiet) lub inne ciała obce?** NIE TAK

Jeśli TAK, proszę wymienić jakie

30. Czy ma Pan/Pani klaustrofobię? (lęk przed małymi, niskimi, wąskimi, zamkniętymi pomieszczeniami?) NIE TAK**31. Czy ma Pan/Pani trudności w leżeniu płasko na plecach przez 15 minut?** NIE TAK

Oświadczam, że nie zataiłam/em żadnych informacji o moim stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych leków, będąc świadomą/ym wynikających z tego faktu skutków zdrowotnych.

.....
data i podpis pacjenta (czytelnie).....
podpis lekarza zbierającego wywiad