

Karta Pacjenta

Informacje dotyczące stanu zdrowia pacjenta

Wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą lekarską i służą trosce o Państwa bezpieczeństwo. Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. W przypadku trudności z odpowiedzią proszę pominąć pytanie i **wyjaśnić wątpliwości z lekarzem prowadzącym**.

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

.....
Imię i nazwisko pacjenta

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

PESEL

.....
Telefon kontaktowy

.....
Adres

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 leczysz? 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, miastenia) TAK NIE
- choroby układu kostno-stawowego** (ból korzonkowy, 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 <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | AIDS | TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> |
| żółtaczką zakaźną B | TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | gruźlica | TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> |
| żółtaczką zakaźną C | TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | ch. weneryczne | TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> |

- choroba reumatyczna** TAK NIE
- osteoporoza** TAK NIE

inne dolegliwości, jakie?

Jaki był ostatni pomiar ciśnienia krwi

Czy był(a) Pan(i) 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 z jakiej przyczyny.....

Czy pali Pan(i) tytoń? TAK NIE

Jeśli tak, to ile i od kiedy

Czy pije Pan(i) alkohol? TAK NIE

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

Jeśli tak to jakie

Pytania dotyczące kobiet:

Czy jest Pani w ciąży? TAK NIE

Jeśli tak to w którym miesiącu

Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę?

Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne? TAK NIE