

Szanowni Państwo,

prosimy o wypełnienie poniższej ankiety. Wypełnioną ankietę należy przynieść ze sobą w dniu badania/wizyty do Oddziału LUX MED Onkologia (jeśli wypełniają ją Państwo w domu). Jeśli macie Państwo dodatkowe pytania, prosimy o kontakt telefoniczny: infolinia 22 430 87 00

Dziękujemy za poświęcony czas.

Imię i NazwiskoPESEL

Adres zamieszkania

..... Waga Wzrost

telefon pacjenta innej osoby do kontaktu

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, prosimy o podpisanie poniższych oświadczeń oraz wypełnienie ankiety.

Upoważniam:

Do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeń zdrowotnych

Do uzyskiwania dokumentacji dotyczącej mojej osoby

Imię i NazwiskoPESEL

telefon

Nie upoważniam nikogo:

.....
(data i czytelny podpis pacjenta)

1. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy był Pan/Pani leczony/a w innym szpitalu? TAK NIE

Kiedy, gdzie i z jakiego powodu?

2. Czy był/a Pan/Pani kiedyś operowany/a? TAK NIE

Kiedy, i z jakiego powodu? Proszę wymienić:

3. Czy obserwowano podczas znieczulenia szczególne reakcje? TAK NIE

Proszę wymienić:

4. Czy krewni Pana/Pani mieli jakiegokolwiek powikłania związane ze znieczuleniem? TAK NIE

Proszę wymienić:

5. Czy przyjmuje Pan/Pani leki (aktualnie i przewlekle) TAK NIE

Nazwa, dawka, od kiedy? Proszę wymienić:

6. Choroby serca: Czy przebył/a Pan/Pani zawał mięśnia sercowego, zapalenie mięśnia sercowego, czy ma Pan/Pani wadę serca, zaburzenia rytmu, chorobę wieńcową inne? TAK NIE

Proszę wymienić:

7. Choroby krążenia: Czy choruje Pan/Pani na nadciśnienie tętnicze, choroby naczyń krwionośnych? TAK NIE

Proszę wymienić:

8. Choroby naczyń: Czy przebył/a Pan/Pani zapalenie żył powierzchownych, głębokich, czy występują u Pana/Pani bóle łydek? TAK NIE

Proszę wymienić:

9. Choroby dróg oddechowych: Czy choruje Pan/Pani na astmę, przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozedmę płuc, pylicę, zapalenie płuc, gruźlicę, pochn, bezdech senny? TAK NIE

Proszę wymienić:

10. Choroby nerek: Czy chorował/a Pan/Pani na kamicy moczową, zapalenie nerek, zakażenia dróg moczowych?

TAK NIE

Proszę wymienić:

11. Choroby endokrynologiczne: Czy chorował/a Pan/Pani na choroby przysadki, tarczycy, przytarczyc, nadnerczy, inne? TAK NIE

Proszę wymienić:

12. Choroby przemiany materii: Czy choruje Pan/Pani na cukrzycę, dnę, inne? TAK NIE

Proszę wymienić:

13. Choroby oczu: Czy choruje Pan/Pani na jaskrę, zaćmę, wadę wzroku? TAK NIE

Proszę wymienić:

14. Choroby mięśni: Czy choruje Pan/Pani na choroby mięśni, wiotkość mięśni, gorączkę (hipertermię) złośliwą?

TAK NIE

Proszę wymienić:

15. Czy w Pana/Pani rodzinie ktoś chorował na schorzenia mięśni, wiotkość mięśni, gorączkę (hipertermię) złośliwą?

TAK NIE

Proszę wymienić:

16. Choroby układu kostnego: Czy choruje Pan/Pani na choroby kręgosłupa, stawów?

TAK NIE

Proszę wymienić:

17. Choroby neurologiczne: Czy choruje Pan/Pani na padaczkę, czy przebył/a Pan/Pani udar mózgowy, czy ma Pan/Pani niedowład, porażenie kończyn dolnych, górnych, połowiczny, miastenię, stwardnienie rozsiane, inne?

TAK NIE

Proszę wymienić:

18. Choroby krwi i układu krzepnięcia: Czy choruje Pan/Pani na hemofilię, inne schorzenia układu krwiotwórczego i krwionośnego?, czy ma Pan/Pani zwiększoną skłonność do siniaków, krwawień?

TAK NIE

Proszę wymienić:

19. Czy kiedykolwiek przeprowadzono u Pana/Pani przetoczenie krwi lub preparatów krwiopochodnych?

TAK NIE

Proszę wymienić:

Czy pojawiły się jakieś komplikacje w trakcie lub po toczeniu krwi lub preparatów krwiopochodnych?

TAK NIE

Jeśli tak, proszę wymienić:

20. Czy w Pana/Pani najbliższej rodzinie występują obciążenia dziedziczne?

TAK NIE

Jeśli tak, proszę wymienić:

21. Uczulenia: Czy jest Pan/Pani uczulony/a na leki (proszę podać nazwę leku), artykuły spożywcze, środki dezynfekcyjne, środki kontrastowe, inne?

TAK NIE

Proszę wymienić:

22. Choroby wątroby: Czy choruje Pan/Pani na marskość wątroby, inne?

TAK NIE

Proszę wymienić:

23. Czy chorował/a Pan/Pani na wirusowe zapalenie wątroby (żółtaczka zakaźna typu A, B, C, inne)

TAK NIE

Proszę wymienić:

24. Czy był/a Pan/Pani szczepiony/a przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby?

TAK NIE

Proszę wymienić jakie i kiedy?

25. Czy kiedykolwiek stwierdzono u Pana/Pani markery zapalenia wątroby (np. HBs, HCV ?)

TAK NIE

Proszę wymienić:

26. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał/a Pan/Pani kontakt z chorym na WZW typ A, B lub C?

TAK NIE

Jeśli tak proszę wpisać typ:

27. Czy kiedykolwiek stwierdzono u Pana/Pani przewlekłe zakażenie np.: Boreliozą, HIV/AIDS ?

TAK NIE

Jeśli tak, proszę wymienić:

- 28. Czy w ciągu 6 miesięcy miał/a Pan/Pani wykonywane zabiegi stomatologiczne, ginekologiczne, urologiczne, akupunktury, kosmetyczne (np. tatuaż, kolczykowanie) lub inne, w czasie których mogło dojść do skaleczenia (np. fryzjerskie)** TAK NIE

Proszę wymienić:

29. Używki lub leki uspokajające:

- tytoń alkohol inne używki

Proszę wymienić:

- leki uspokajające i nasenne (nazwa, dawka, od kiedy?)

Proszę wymienić:

- 30. Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy wystąpił u Pana/Pani ubytek wagi ciała?** TAK NIE

Proszę podać ile kilogramów:

- 31. Uzębienie: Czy ma Pan/Pani protezy zębowe, chwiejące się zęby?** TAK NIE

- 32. Czy jest Pani w ciąży?** NIE DOTYCZY TAK NIE

- 33. Czy karmi Pani piersią?** NIE DOTYCZY TAK NIE

- 34. Proszę o podanie daty ostatniej miesiączki** NIE DOTYCZY Data

Wszystkie powyżej podane przeze mnie dane są prawdziwe zgodnie z moją najlepszą wiedzą, a ich prawdziwość potwierdzam złożonym poniżej własnoręcznym podpisem.

.....
(data i czytelny podpis pacjenta)