LUX MED Onkologia Sp. z o. o.
ul. Szamocka 6,
01-748 Warszawa
NIP: 1132883801; REGON: 360493191;
KRS: 0000536684

ANKIETA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA, PRZEBYTYCH CHORÓB ORAZ LEKÓW

SYG.: DM/226/2020 v 1
Obowiązuje od: 07/09/2020

Szanowni Państwo,

w trosce o Państwa bezpieczeństwo oraz celem minimalizacji ryzyka działań niepożądanych leczenia onkologicznego potrzebujemy dokładnych informacji o Państwa stanie zdrowia. Proszę o udzielenie szczerych odpowiedzi na poniższe pytania. Zatajanie istotnych informacji może skutkować błędną kwalifikacją do leczenia i zwiększonym ryzykiem ciężkich powikłań. W razie wątpliwości jak odpowiedzieć na pytanie, proszę zapytać lekarza. W przypadku, gdyby nie był Pan/Pani w stanie samodzielnie wypełnić ankiety, należy poprosić o pomoc członka rodziny.

Nazwisko i Imię …….. PESEL ……

Pytanie:	**TAK**	**NIE**
Czy kiedykolwiek stwierdzono u Pana/Pani:		
Chorobę serca (np. chorobę wieńcową, zaburzenia rytmu, zawał, niewydolność krążenia)?		
Chorobę nerek (niewydolność, zapalenie kłębuszków nerkowych, odmiedniczkowe zapalenie nerek, infekcje, wady rozwojowe)?		
Udar lub niedokrwienie mózgu, napad padaczki, inną chorobę neurologiczną?		
Cukrzycę lub nietolerancję glukozy?		
Nadciśnienie tętnicze?		
Miażdżycę, zaburzenia krążenia obwodowego, niedokrwienie kończyn dolnych?		
Astmę oskrzelową, POCHP lun inną przewlekłą chorobę płuc?		
Nadczynność lub niedoczynność tarczycy?		
Chorobę wrzodową żołądka lub dwunastnicy?		
Krwawienie z przewodu pokarmowego lub dróg moczowych?		
Jakiekolwiek uczulenia i alergie na leki?		
Zakrzepicę, zakrzepowe zapalenia żył, zatorowość płucną, duże żylaki?		
Jakąkolwiek chorobę wątroby (zapalenie, marskość, stłuszczenie)?		
Inną poważną chorobę przewlekłą?		
Czy pali Pan/Pani papierosy?		
Czy przyjmuje Pan/Pani jakieś leki (dotyczy leków przyjmowanych na stałe)?		
Jeśli tak, proszę napisać jakie (nazwa leku, dawkowanie):		
Dotyczy tylko kobiet:	**TAK**	**NIE**
Czy Pani miesiączkuje?		
Proszę podać datę ostatniej miesiączki (w przypadku Pań po menopauzie wystarczy rok lub ile lat temu przestała Pani miesiączkować?		
Dla kobiet miesiączkujących: czy stosuje Pani skuteczną metodę antykoncepcyjną (tj. metodę hormonalną lub tzw. spiralkę)?		
Czy jest Pani w ciąży lub w okresie karmienia piersią?		

……
Data, czytelny podpis Pacjenta

Druk jest własnością LUX MED Onkologia Sp. z o. o. Kopiowanie i udostępnianie osobom trzecim bez zgody LUX MED Onkologia Sp. z o. o. jest zabronione.