

ANKIETA DLA PACJENTKI – KWALIFIKACJA DO OPERACJI ROBOTYCZNEJ – RAK ENDOMETRIUM

Część A. Dane Pacjenta

Nazwisko:	Imię:
Nr PESEL:	Wiek:
Nr telefonu:	Adres e-mail:

Część B. Niezbędne do kwalifikacji informacje/ dokumentacja medyczna

Parametry Antropometryczne:	Masa ciała _____ kg	Wzrost _____ cm	
1. Dokumentacja medyczna (skan, kopia)			
Wynik badania histopatologicznego materiału z jamy	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	
Wynik badania USG przezpochwowego wykonanego przed zabiegiem diagnostycznym / histeroskopią	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	
Wynik cytologii z szyjki macicy	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	
Opcjonalnie pozostałe wyniki badań obrazowych (np. tomografia komputerowa klatki piersiowej i jamy brzusznej, rezonans magnetyczny miednicy mniejszej)	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	
2. Przyjmowane leki (zaznaczyć które)			
Przeciwwkrzepliwe	Przeciwcukrzycowe	Inne	
<input type="checkbox"/> Acard / Polocard, <input type="checkbox"/> Xarelto <input type="checkbox"/> Plavix <input type="checkbox"/> Acenokumarol, Sintrom <input type="checkbox"/> Warfaryna <input type="checkbox"/> Clexane <input type="checkbox"/> Neoparin <input type="checkbox"/> Fraxyparine <input type="checkbox"/> Fragmin <input type="checkbox"/> Inne	<input type="checkbox"/> Metformin <input type="checkbox"/> Glucophage <input type="checkbox"/> Siofor <input type="checkbox"/> Zenofor <input type="checkbox"/> Etforn <input type="checkbox"/> Avamina <input type="checkbox"/> Metcrean <input type="checkbox"/> Diaprel <input type="checkbox"/> Clazicon <input type="checkbox"/> Diagen <input type="checkbox"/> Diazidan <input type="checkbox"/> Gliclada <input type="checkbox"/> Glikuron <input type="checkbox"/> Oziclide <input type="checkbox"/> Salson <input type="checkbox"/> Inne	Insulina krótkodziałająca <input type="checkbox"/> Liprolog, <input type="checkbox"/> Humalog, <input type="checkbox"/> Novomix, <input type="checkbox"/> Novorapid, <input type="checkbox"/> Actrapid, <input type="checkbox"/> Humulin R Insulina długodziałająca <input type="checkbox"/> Insulatard, <input type="checkbox"/> Gensulin M, <input type="checkbox"/> Humulin M2, <input type="checkbox"/> Glargine <input type="checkbox"/> Degludec <input type="checkbox"/> Inne	Proszę podać nazwy leków oraz dawkowanie
3. Czy choruje Pan/Pani na wymienione poniżej choroby ?			
Nadciśnienie tętnicze	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	
Cukrzyca	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	
Zaburzenia rytmu serca	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	
Założony stymulator serca / kardiowerter-defibrylator/ rozsuszniak serca	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	
Przebyty zawał	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak,(rok)	
Angioplastyka/ założenie stentów do tętnic wieńcowych	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak,(rok)	
Przebyty udar mózgu	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak,(rok)	
Przebyty udar niedokrwieny	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	
Przebyty udar krwotoczny	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	
Przebyta zakrzepica żył kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak,(rok)	
Przebyta zatorowość płucna	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak,(rok)	
Inne przebyte zakrzepice / zatorowości	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak,(rok)	
Astma	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	

Choroby płuc	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
Choroby przewodu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka / dwunastnicy; wrzodziejące zapalenie jelita grubego, inne)	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak, jakie?
Choroby nerek, pęcherza moczowego	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak, jakie?.....
Choroby wątroby	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
Choroby tarczycy	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
Padaczka	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
Choroby neurologiczne (porażenia, niedowłady, miastenia, inne)	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak, jakie?.....
Jaskra	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
Choroby psychiczne (depresja, schizofrenia, lęki, inne)	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak, jakie?.....
Przebyte choroby nowotworowe (rak piersi, rak jelita grubego, podać jakie, podać rok rozpoznania)	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak, jakie?..... (rok rozpoznania)
4. Przebyte operacje	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak, proszę podać rok i rodzaj operacji
5. Przeszłość ginekologiczna		
Ciąże	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak, ile?.....
Porody	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak, ile?.....
Cięcia cesarskie	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak, ile?.....
Poronienia	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak, ile?.....
6. Wywiad rodzinny i środowiskowy		
Czy w rodzinie występowały choroby nowotworowe?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak, proszę podać u kogo i jaki nowotwór?

Część E. Część informacyjna dla pacjenta

Ankieta proszę przesłać na adres e-mail: ginekologia.onkologia@luxmed.pl

Kontakt telefoniczny z koordynatorem: 722-218-928 w dni robocze w godzinach 8.00 – 15.00.

Po otrzymaniu przez LUXMED onkologia wypełnionej ankiety wraz z załączonymi wynikami badań dodatkowych, w tym obowiązkowo z badaniem histopatologicznym pobranym z jamy macicy i wstępnej kwalifikacji na podstawie przesłanej dokumentacji, zostanie Pani wyznaczony termin teleporady/ wizyty w poradni ginekologicznej w celu kwalifikacji do operacji.

Data

Podpis pacjentki

Część F. Informacja o kwalifikacji/ dyskwalifikacji do operacji robotycznej

KWALIFIKACJA

DYSKWALIFIKACJA

.....
 Data

.....
 Podpis i pieczęć lekarza