

DLA PACJENTA

Alergie	Tak/Nie	DLA KOBIET*	Tak/Nie
Dławica/ ból w klatce piersiowej	Tak/Nie	Endometrioza	Tak/Nie
Zaburzenia lękowe/ napady paniki	Tak/Nie	Zapalenie narządów miednicy	Tak/Nie
Zapalenia stawów	Tak/Nie	Czy jest lub może być w ciąży	Tak/Nie
Astma/ alergiczny nieżyt nosa	Tak/Nie	Nietrzymanie moczu	Tak/Nie
Nowotwór złośliwy	Tak/Nie	Liczba ciąży	_____
Uzależnienie od substancji chemicznych	Tak/Nie	Poronienie/usunięcie ciąży	Tak/Nie
Marskość wątroby/inna choroba wątroby	Tak/Nie		
Depresja	Tak/Nie		
Cukrzyca	Tak/Nie		
Zaburzenia odrzywiania	Tak/Nie		
Bóle głowy	Tak/Nie		
Zawał serca	Tak/Nie		
Zaburzenia krzepnięcia krwi	Tak/Nie		
Wysokie stężenie cholesterolu	Tak/Nie		
Nadciśnienie tętnicze	Tak/Nie		
Choroby nerek/ kamica nerkowa	Tak/Nie		
Stwardnienie rozsiane	Tak/Nie		
Osteoporoza	Tak/Nie		
Udar mózgu	Tak/Nie		
Gruźlica	Tak/Nie		
Inne: _____	Tak/Nie		

Czy wystąpiły następujące dolegliwości:	
Niedokrwistość	Tak/Nie
Przewlekłe zapalenie oskrzeli	Tak/Nie
Padaczka/ drgawki	Tak/Nie
Rozedma	Tak/Nie
Fibromialgia/ bóle mięśniowe	Tak/Nie
Choroba refluksowa przełyku	Tak/Nie
Dna moczanowa	Tak/Nie
Zapalenie wątroby/ żółtaczka	Tak/Nie
Zespół Guillain - Barre	Tak/Nie
Wymiana Stawu	Tak/Nie
Hipoglikemia	Tak/Nie
Choroba parkinsona	Tak/Nie
Choroba naczyń obwodowych	Tak/Nie
Polio/ postpolio	Tak/Nie
Zapalenie płuc	Tak/Nie
Duszność	Tak/Nie
Problemy z prostatą	Tak/Nie
Choroby skóry	Tak/Nie
Gorączka reumatyczna/ płonica	Tak/Nie
Nietrzymanie moczu	Tak/Nie
Choroby tarczycy	Tak/Nie
Zakażenie układu moczowego	Tak/Nie
Choroba wrzodowa	Tak/Nie

Karta bólu odczuwanego w domu wg McGilla	Wieczór					
	Popołudnie					
	Południe					
	Rano					
	Pon					
	Wt					
	Śr					
	Czw					
	Pt					
						Skala od 0 do 10, jeżeli lekito #

OGÓLNY STAN ZDROWIA:

1. Mój stan zdrowia oceniam jako: Bardzo dobry/Dobry/Zadowolający/Zły	Tak/Nie
2. Czy stosuje Pan/i jakieś lekarstwa, również te nabywane na receptę? Jeśli tak proszę wymienić: _____	Tak/Nie
3. Czy stosuje Pan/i jakieś suplementy diety?	Tak/Nie
4. Czy w ciągu ostatnich 3 tygodni chorował Pan/i na coś? _____ Jeśli tak, czy zdarzyło się również w ciągu ostatnich 3 miesięcy?	Tak/Nie
5. Czy zauważył/a Pan/i jakieś zgrubienia bądź guzki na skórze, w obrębie mięśni lub gdziekolwiek indziej na ciele?	Tak/Nie
6. Czy ma Pan/i ranki, które nie wygoiły się, lub znamiona które zmieniły się?	Tak/Nie
7. Czy w ciągu ostatniego miesiąca doszło u Pana/i do gwałtownego przybrania na wadze bądź schudnięcia?	Tak/Nie
8. Czy pali Pan/i lub żuje tytoń?	Tak/Nie
9. Ile alkoholu pije Pan/i w ciągu tygodnia? _____	Tak/Nie
10. Czy stosuje Pan/i substancje psychoaktywne? _____	Tak/Nie
11. Ile spożywa Pan/i kofeiny? Ile kaw dziennie? _____	Tak/Nie
12. Czy stosuje Pan/i specjalną dietę? Jaką? _____	Tak/Nie

JE WYSTĄPIŁY W OSTATNIM CZASIE:

- Krew w moczu, stolcu, wydzielinach bądź śluzie
- Zawroty głowy, omdlenia, utraty przytomności
- Gorączka, dreszcze, poty (dzień lub noc)
- Nudności, wymioty, utrata apetytu
- Zmiana rytmu wypróżnień bądź oddawania moczu
- Uczucie pulsowania/ bólu w obrębie brzucha
- Wysypka lub inne zmiany na skórze
- Kaszel
- Nietrzymanie moczu
- Kołatanie serca
- Uczucie drętwienia
- Obrzęki lub guzki gdziekolwiek na ciele
- Zaburzenia widzenia lub problemy ze słuchem
- Znaczne zmęczenie, senność
- Trudności w połykaniu/ mówieniu
- Utrata pamięci
- Dezorientacja
- Trudności w zasypianiu
- Żadne z powyższych

Zabiegi, operacje, leczenie środowiskowe:

1. Czy kiedykolwiek przebył/a Pan/i chemioterapię, radioterapię, bioterapię? Jeśli tak proszę podać więcej informacji: _____	Tak/Nie
2. Czy w ostatnim czasie miała Pan/i wykonywane badanie RTG, USG, TK, inne? Jeśli tak, jakie: _____	Tak/Nie
3. Czy w ostatnim czasie miał/a Pan/i wykonywane badania laboratoryjne? Jeśli tak, jakie: _____	Tak/Nie
4. Czy miał/a Pan/i wykonywane inne badania? Jeśli tak, jakie: _____	Tak/Nie
5. Proszę wymienić wszystkie operacje: _____	
6. Stymulator serca, przeszczep narządu, wymiana stawu, implanty?	Tak/Nie