

IMIĘ ..... NAZWISKO ..... WIEK: .....

PESEL ..... Tel. .... e-mail .....

ADRES .....

**UWAGA:** Wszystkie informacje uzyskane od Pani wykorzystywane będą w procesie leczenia, są poufne, dotyczą dokumentacji lekarskiej i objęte są tajemnicą zawodową.

WZROST:	WAGA:	BMI:
Najwyższa waga ..... Kiedy? .....	Najniższa waga: ..... Kiedy? .....	

Wykonywany zawód (praca fizyczna):

Pierwsza miesiączka (wiek)	Data ostatniej miesiączki		
Czy wyklucza Pani ciążę?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE WIEM
Czy planuje Pani ciążę?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE WIEM
Porody	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK. W którym roku: 1..... 2..... 3..... 4.....	
Czy karmiła Pani piersią?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK. Jak długo? .....	
Czy po porodzie (karmieniu) uwidoczniło się opadanie piersi?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK. W jakim stopniu .....	
Czy po porodzie (karmieniu) zmieniła się wielkość piersi?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK. O ile? .....	

Czy stosowała Pani hormonalną terapię?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK. Jaka? ..... Jak długo? ..... Kiedy? .....
Czy stosuje (stosowała) Pani antykoncepcję?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK. Jaka? ..... Jak długo? .....

Czy pali Pani papierosy?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> Nigdy nie paliłam	<input type="checkbox"/> TAK. Od kiedy? ..... Ile? .....
--------------------------	------------------------------	--	---

Czy choruje Pani aktualnie na jakieś choroby przewlekłe? (cukrzyca, padaczka, inne)	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK. Jakie? .....
Czy choruje Pani na choroby infekcyjne?(ostre/przewlekłe np. zapalenie wątroby, AIDS, gruźlica)	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK. Jakie? .....
Czy cierpi Pani na alergię (np. astma, katar sienny) lub nadwrażliwość np. na leki (głównie jod i penicylina), plaster, lateks, produkty spożywcze, sierść zwierząt, środki znieczulenia miejscowego?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK. Jakie? .....

Czy ma Pani żyłki kończyn dolnych?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE WIEM
Czy przyjmuje Pani na stałe jakieś leki?( np. rozrzedzające krew, środki nasercowe, przeciwbólowe, obniżające ciśnienie krwi lub przeciwzakrzepowe jak np. Acard®, Aspirin®, Plavix®, hormony	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK. Jakie? .....	
Czy u Pani lub w rodzinie występowały epizody niewyjaśnionych krwotoków?( siniaki po niewielkim urazie, silne krwawienie miesięczne, krwawienie przy drobnych zranieniach, po operacjach lub leczeniu stomatologicznym, przy wcześniejszych porodach	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK. Jakie? ..... U kogo? .....	
Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pani epizody zakrzepowe?(zakrzepica kończyn dolnych, zator, udar)	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK. Jakie? .....	
Czy przetaczana była już krew konserwowana lub produkty krwiopochodne?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK. Czy wystąpiły komplikacje?	
Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy leczono Panią kortyzonem, prednizonem lub innymi kortykosteroidami, cytostatykami lub poddawano radioterapii?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK. Jakie? ..... Kiedy? .....	
Czy ma Pani wszczepiony rozrusznik/ metalowy implant/spiralę domaciczną/piercing?( zakreślić właściwe)	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK. Inne .....	
Czy miała Pani kiedykolwiek problem z gojeniem	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK. Jakie? .....	