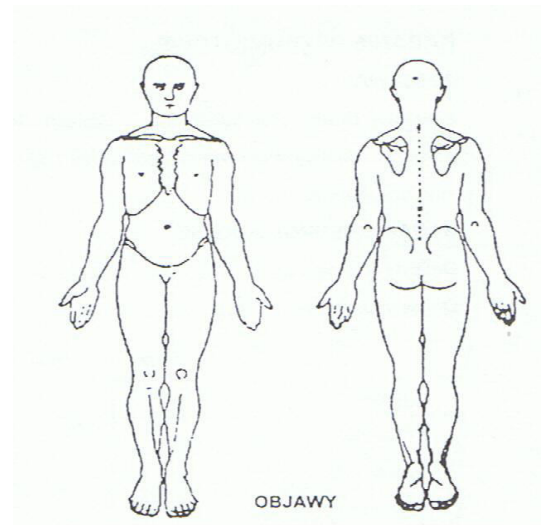


Data/...../.....
Imię
Nazwisko
Data urodzenia:...../...../..... Płeć: K/M
Adres
Telefon
Kierujący lekarz ogólny/ specjalista.....
/sam pacjent/inne.....
Nr kartoteki.....
Data pierwszej wizyty
Zawód/ czas wolny:.....
.....



WYWIAD

Główne dolegliwości:.....
Od kiedy?..... poprawa/ bez zmian/ pogorszenie
Przyczyna początku epizodu.....
Zaburzenia funkcjonalne wskutek aktualnego epizodu:.....
.....
Ocena w skali VAS (0-10).....
Dotychczasowe leczenie:.....
Choroby przewlekłe: *cukrzyca, nadciśnienie, zawał serca, ch. niedokrwienna serca, udar mózgu, padaczka, zaburzenia krzepliwości, tarczycza, astma, POCHP, ch. wrzodowa, zakrzepica żylna*
Inne:.....
Przyjmowane leki: żadne / przeciwbólowe / sterydy / antykoagulanty / inne.....
Uczulenia:..... Ogólny stan zdrowia: dobry/średni/zły.....
Wypadki:..... Operacje: Tak / Nie.....
Badania obrazowe: Tak / Nie.....
Bóle nocne: Tak / Nie..... Utrata wagi bez przyczyny: Tak / Nie

BADANIE

Wykonane testy:.....
.....
.....

DIAGNOZA / ROZPOZNANIE

.....
.....

PROPONOWANA TERAPIA

.....
.....
.....

UWAGI DODATKOWE

.....
.....
.....