

Ankieta przed zastosowaniem leku IMPLANON NXT

RE/1/48

NAZWISKO IMIĘ data ur.

Adres..... Tel. email:

Prosimy o udzielenie szczerych i dokładnych odpowiedzi na poniższe pytania:
(proszę zaznaczyć **właściwą odpowiedź** i **podkreślić** Państwa chorobę)

Wszystkie informacje uzyskane od Pana/i wykorzystane będą w procesie leczenia, są poufne, dotyczą dokumentacji medycznej i są objęte tajemnicą zawodową.

1	Czy jest Pani dziś chora?	<input type="checkbox"/> Tak. Co dolega?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
2	Ostatnia miesiączka:			
3	Badanie cytologiczne. Wynik data badania:			
4	Czy jest Pani uczulona na etonogestrel lub którykolwiek z pozostałych składników implantu Implanon NXT	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
5	Czy choruje Pani na nowotwór złośliwy (piersi, narządów rodnych), białaczkę, AIDS (zakażenie HIV)?	<input type="checkbox"/> Tak. Jakie	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
6	Czy w rodzinie występowały nowotwory piersi?	<input type="checkbox"/> Tak. U kogo?.....	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
7	Czy choruje Pani na choroby układu immunologicznego (odpornościowego)?	<input type="checkbox"/> Tak. Na jakie	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
8	Czy występuje u Pani obecnie żylna choroba zakrzepowo – zatorowa?	<input type="checkbox"/> Tak. Jaka	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
9	Czy występuje u Pani obecnie lub występowała w przeszłości żółtaczka (zażółcenie skóry) lub ciężka choroba wątroby?	<input type="checkbox"/> Tak. Jaka	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
10	Czy występuje u Pani krwawienie z dróg rodnych o nieznanym przyczynie?	<input type="checkbox"/> Tak.	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
11	Czy choruje Pani na cukrzycę, padaczkę, gruźlicę?	<input type="checkbox"/> Tak.	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
12	Czy ma Pani nadwagę?	<input type="checkbox"/> Tak.	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
13	Czy ma Pani nadciśnienie tętnicze?	<input type="checkbox"/> Tak. Leki.....	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
14	Czy stosuje Pani leki i zioła, z powodu:			
	- padaczki (np. prymidon, fenytoina, barbiturany, karbamazepina, topiramát, oksykarmazepina, felbamat)?		<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Inne
	- gruźlicy (np. ryfampicyna)?		<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Inne
	- zakażenia HIV (np. rytonawir, nelfinawir, newirapina)?		<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Inne
	- innych chorób zakaźnych (np. gryzeofulwina)		<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Inne
	- stanów depresyjnych (lek ziołowy – ziele dziurawca zwyczajnego)		<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Inne
15	Czy jest Pani w ciąży lub podejrzewa Pani, że może być w ciąży?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
16	Czy stosowała Pani do tej pory leczenie hormonalne, antykoncepcję?	<input type="checkbox"/> Tak. Jaką?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
17	Czy jest Pani: <input type="checkbox"/> leworęczna <input type="checkbox"/> praworęczna			

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wszelkie podane informacje są zgodne z prawdą i nie zataiłam żadnych danych dotyczących stanu mojego zdrowia. Otrzymałam i zapoznałam się z Informatorem. Miałam możliwość zadawania pytań.

.....
data i podpis pacjentki