

NAZWISKO IMIĘ

Adres PESEL

Telefon e-mail:

Dokument ubezpieczenia Oddział NFZ

UWAGA: wszystkie informacje uzyskane od Państwa wykorzystywane będą w procesie leczenia, są poufne, wchodzi w skład dokumentacji medycznej i objęte są tajemnicą zawodową.

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

CZY CHOROWAŁA LUB CHORUJE PANI NA KTÓRĄŚ Z PODANYCH NIŻEJ CHOROÓB:

1	Choroby wieku dziecięcego (Ospa, Odra, Różyczka, Świnka)	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
2	Choroby serca (np. przebyty zawał serca, choroba niedokrwienna, duszność wysiłkowa, częste bóle za mostkiem, zapalenie mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu serca, wady serca)	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
3	Choroby układu krążenia (np. nadciśnienie, niskie ciśnienie krwi, częste omdlenia, duszności)	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
4	Choroby alergiczne (np. uczulenie na leki – antybiotyki, pokarmy, pyłki roślin, plaster, jodynę) I	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
5	Choroby płuc i dróg oddechowych (np. częste zapalenia płuc, gruźlica, rozedma, pylica, astma oskrzelowa, przewlekłe zapalenia oskrzeli, przewlekły kaszel)	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
6	Choroby naczyń (np. żylaki, złe ukrwienie kończyn, zapalenia żył)	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
7	Choroby mięśni (np. miastenia). Czy takie choroby występują w rodzinie	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
8	Choroby układu nerwowego (np. padaczka, stwardnienie rozsiane, porażenia nerwów, drgawki, utraty przytomności, udar mózgu – wylew)	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
9	Choroby żołądka (np. choroba wrzodowa, zapalenie błony śluzowej, zwężenie wpustu żołądka)	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
10	Choroby wątroby (np. żółtaczka zakaźna, żółtaczka mechaniczna, marskość wątroby, zastój, kamica pęcherzyka żółciowego)	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
11	Choroby przemiany materii (np. cukrzyca, DNA)	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
12	Choroby tarczycy (np. nadczynność, niedoczynność, guzy tarczycy)	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
13	Choroby układu moczowego (np. zapalenie nerek, kamica nerkowa)	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
14	Choroby układu kostnego (np. zeszywnienie kręgosłupa, dyskopatie, choroby reumatyczne)	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
15	Choroby krwi lub zaburzenia krzepnięcia krwi (np. hemofilia, częste krwawienia z nosa, siniaki)	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
16	Choroby oczu (np. jaskra, wysoka krótkowzroczność > 5 dioptrii, nierówność źrenic, zaćma)	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
17	Czy był/a Pan/i leczony/a z powodu depresji, nerwicy lub innych podobnych chorób?	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
18	Czy choruje Pan/i na inną chorobę lub skarży się na dolegliwość, o którą nie pytaliśmy się w ankiecie? Jeśli TAK to na jaką?	☐ Tak	☐ Nie	
19	Czy w okresie ostatnich 6 miesięcy nastąpiła u Pani niezamierzona utrata wagi przekraczająca 5% zwykłej masy ciała?	☐ Tak	☐ Nie	☐ Ile
20	Czy ma Pan/i przewlekłe nałogi (np. palenie tytoniu, alkohol). ☐ Nie ☐ Tak. Jak długo, jaka ilość?			
21	Czy w Pana/i rodzinie występowały nowotwory? ☐ Tak. U kogo? Jakich narządów? ☐ Nie ☐ Nie wiem			

OPERACJE

22	Czy był/a Pan/i operowana?	☐ Nie	☐ Tak	data	Zakres
		☐ Nie	☐ Tak	data	Zakres
		☐ Nie	☐ Tak	data	Zakres

LEKI POBIERANE

23	Aspiryna	☐ Nie	☐ Tak	☐ Dawka
24	Acard	☐ Nie	☐ Tak	☐ Dawka
25	Ticopidyna	☐ Nie	☐ Tak	☐ Dawka
26	Bestpiryn	☐ Nie	☐ Tak	☐ Dawka
27	Antykoncepcja hormonalna	☐ Nie	☐ Tak	☐ Jaka?
28	Hormonalna terapia zastępcza	☐ Nie	☐ Tak	☐ Jaka?
29	Inne			

OCENA STANU STAWU BIODROWEGO / KOLANOWEGO * PRZED OPERACJĄ

30	Jak duży problem miał/a Pan/i z:					
	Ubraniem się albo umyciem	☐ brak	☐ niewielki	☐ średni	☐ duży	☐ b. duży
	Schodzeniem po schodach	☐ brak	☐ niewielki	☐ średni	☐ duży	☐ b. duży
	Wchodzeniem po schodach	☐ brak	☐ niewielki	☐ średni	☐ duży	☐ b. duży
	Wstawaniem z pozycji siedzącej	☐ brak	☐ niewielki	☐ średni	☐ duży	☐ b. duży
	Staniem	☐ brak	☐ niewielki	☐ średni	☐ duży	☐ b. duży
	Schylaniem się do podłogi	☐ brak	☐ niewielki	☐ średni	☐ duży	☐ b. duży
	Chodzeniem po płaskiej powierzchni	☐ brak	☐ niewielki	☐ średni	☐ duży	☐ b. duży
	Wchodzeniem / wychodzeniem z samochodu	☐ brak	☐ niewielki	☐ średni	☐ duży	☐ b. duży
	Bieganiem	☐ brak	☐ niewielki	☐ średni	☐ duży	☐ b. duży
	Zakładaniem / zdejmowaniem butów/skarpet	☐ brak	☐ niewielki	☐ średni	☐ duży	☐ b. duży
	Wstawaniem z łóżka	☐ brak	☐ niewielki	☐ średni	☐ duży	☐ b. duży
	Leżeniem w łóżku	☐ brak	☐ niewielki	☐ średni	☐ duży	☐ b. duży
	Wchodzeniem lub wychodzeniem z wanny	☐ brak	☐ niewielki	☐ średni	☐ duży	☐ b. duży
	Siedzeniem	☐ brak	☐ niewielki	☐ średni	☐ duży	☐ b. duży
	Siedzeniem lub wstawaniem z toalety	☐ brak	☐ niewielki	☐ średni	☐ duży	☐ b. duży
	Ciężkimi pracami domowymi (mycie podłogi)	☐ brak	☐ niewielki	☐ średni	☐ duży	☐ b. duży
	Lekkimi pracami domowymi (odkurzanie, gotowanie)	☐ brak	☐ niewielki	☐ średni	☐ duży	☐ b. duży
31	Jak duży problem w funkcjonowaniu stanowi:					
	Kolano prawe	☐ bez problemu	☐ mały problem	☐ średni problem	☐ duży problem	☐ b. duży problem
	Kolano lewe	☐ bez problemu	☐ mały problem	☐ średni problem	☐ duży problem	☐ b. duży problem
	Biodro prawe	☐ bez problemu	☐ mały problem	☐ średni problem	☐ duży problem	☐ b. duży problem
	Biodro lewe	☐ bez problemu	☐ mały problem	☐ średni problem	☐ duży problem	☐ b. duży problem
	Stopy	☐ bez problemu	☐ mały problem	☐ średni problem	☐ duży problem	☐ b. duży problem
32	Jak często występował (w ostatnim tygodniu):					
	Obrzęk stawu kolanowego	☐ nigdy	☐ rzadko	☐ czasami	☐ b. często	☐ codziennie
	Chrzęszczenie, przeskakiwanie	☐ nigdy	☐ rzadko	☐ czasami	☐ b. często	☐ codziennie
	Blokowanie podczas zginania lub prostowania	☐ nigdy	☐ rzadko	☐ czasami	☐ b. często	☐ codziennie
	Trudności w pełnym wyprostowaniu	☐ nigdy	☐ rzadko	☐ czasami	☐ b. często	☐ codziennie
	Trudność w pełnym zgięciu	☐ nigdy	☐ rzadko	☐ czasami	☐ b. często	☐ codziennie
33	Jak ocenia Pan/i sztywność stawu, który ma być operowany?					
	Sztywność po wstaniu z łóżka	☐ brak	☐ niewielka	☐ średnia	☐ duża	☐ b. duża
	Sztywność w ciągu reszty dnia np. wstaniu z krzesła	☐ brak	☐ niewielka	☐ średnia	☐ duża	☐ b. duża
34	Jak często odczuwa Pan/i w stawie do operacji:					
	Nagłe ostre bóle	☐ nigdy	☐ rzadko	☐ czasami	☐ b. często	☐ codziennie
	Bóle w nocy lub przy leżeniu w łóżku	☐ nigdy	☐ rzadko	☐ czasami	☐ b. często	☐ codziennie
	Ból podczas skręcania/prostowania/zginania	☐ nigdy	☐ rzadko	☐ czasami	☐ b. często	☐ codziennie
35	Jak ocenia Pan/i nasilenie bólu stawu do operacji w ostatnim tygodniu podczas:					
	Chodzenia po płaskiej powierzchni	☐ brak	☐ niewielkie	☐ średnie	☐ duże	☐ b. duże
	Wchodzenia i schodzenia po schodach	☐ brak	☐ niewielkie	☐ średnie	☐ duże	☐ b. duże
	Leżenia w nocy w łóżku	☐ brak	☐ niewielkie	☐ średnie	☐ duże	☐ b. duże
	Podczas siedzenia / leżenia	☐ brak	☐ niewielkie	☐ średnie	☐ duże	☐ b. duże
	Podczas wstawania np. z krzesła po długim siedzeniu	☐ brak	☐ niewielkie	☐ średnie	☐ duże	☐ b. duże
36	Jak długo może Pan/i chodzić zanim ból stanie się bardzo silny?	☐ ponad 30 min	☐ 15-30 min	☐ 5-15 min	☐ tylko po domu	☐ wcale
37	Proszę ocenić utykanie przy chodzeniu	☐ brak	☐ niewielkie	☐ średnie	☐ duże	
38	Stosowanie kul przy chodzeniu	☐ bez kul	☐ 1 kula przy dużych odległościach	☐ prawie zawsze 1 kula		
		☐ dwie kule	☐ zawsze jedna kula do chodzenia	☐ nie mogę chodzić		
39	Jak daleko może Pan/i przejść	☐ bez ograniczeń	☐ 1000 - 1500 m	☐ < 500 m		
		☐ tylko po domu	☐ ledwie chodzę	☐ nie mogę chodzić		
40	Jak chodzi Pan/i po schodach?	☐ bez problemu	☐ zawsze przy poręczy	☐ z trudem		
		☐ nie mogę wejść	☐ nie mogę zejść	☐ tylko z pomocą		
41	Czy może Pan/i wejść do tramwaju/autobusu	☐ TAK	☐ NIE	☐ tylko z pomocą		

Oświadczam, że wszelkie podane informacje są zgodne z prawdą i nie zataiłem/łam żadnych danych dotyczących stanu mojego zdrowia.

.....
Data i Czytelny podpis pacjenta

Dziękujemy