KLINIKA PROMIENISTA

L/001/06

NAZWISKO ..... IMIĘ .....

Adres ..... PESEL .....

Telefon ..... e-mail: .....

Dokument ubezpieczenia ..... Oddział NFZ .....

<u>UWAGA</u>: wszystkie informacje uzyskane od Państwa wykorzystywane będą w procesie leczenia, są poufne, wchodzą w skład dokumentacji medycznej i objęte są tajemnicą zawodową.

Prosimy o udzielenie szczerych i dokładnych odpowiedzi na poniższe pytania:

(proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź i <u>podkreślić</u> Państwa chorobę)

CZY CHOROWAŁA LUB CHORUJE PANI NA KTÓRĄŚ Z PODANYCH NIŻEJ CHORÓB:				
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) Inne ……	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
3	Choroby układu krążenia (np. nadciśnienie tętnicze, niskie ciśnienie krwi, częste omdlenia, duszności) Inne ……	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
4	Choroby alergiczne (np. uczulenie na leki – antybiotyki, pokarmy, pyłki roślin, plaster, jodynę) Inne ……	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
5	Choroby płuc i dróg oddechowych (np. częste zapalenia płuc, gruźlica, rozedma, pylica, astma oskrzelowa, przewlekłe zapalenia	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem

	oskrzeli, przewlekły kaszel) Inne			
6	Choroby naczyń (np. żylaki, złe ukrwienie kończyn, zapalenia żył) Inne	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
7	Choroby mięśni (np. miastenia). Inne ..... 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) Inne	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
9	Choroby żołądka (np. choroba wrzodowa, zapalenie błony śluzowej, zwężenie wpustu żołądka) Inne	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
10	Choroby wątroby (np. żółtaczka zakaźna, żółtaczka mechaniczna, marskość wątroby, zastój, kamica pęcherzyka żółciowego) Inne	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem

11	Choroby przemiany materii (np. cukrzyca, DNA) Inne …….	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
12	Choroby tarczycy (np. nadczynność, niedoczynność, guzy tarczycy) Inne ……	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
13	Choroby układu moczowego (np. zapalenie nerek, kamica nerkowa) Inne ……	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
14	Choroby układu kostnego (np. zesztywnienie kręgosłupa, dyskopatie, reumatyczne choroby stawów) Inne ……	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
15	Choroby krwi lub zaburzenia krzepnięcia krwi (np. hemofilia, częste krwawienia z nosa, siniaki po drobnych urazach) Inne ……	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
16	Choroby oczu (np. jaskra, wysoka krótkowzroczność > 5 dioptrii, nierówność źrenic, zaćma) Inne ……	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
17	Czy była Pani leczona z powodu depresji, nerwicy lub innych	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie

	podobnych chorób?			wiem
18	Czy choruje Pani 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 Pani przewlekłe nałogi (np. palenie tytoniu, alkohol, substancje psychoaktywne). Jeżeli TAK to jakie? …… Jak długo ? …… Jaka ilość? ……	☐ Tak	☐ Nie	
21	Czy w pani rodzinie występowały nowotwory? Jeśli TAK to u kogo i jakich narządów? …… …… …… ……	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem

	…… ……			

PIERWSZA MIESIĄCZKA:	Kiedy? …… Rok życia ……	Samoistna ☐ Tak ☐ Nie	Wywołana lekami ☐ Tak ☐ Nie

CYKL MIESIĄCZKOWY *(liczony od 1-go dnia krwawienia do 1-go dnia kolejnego krwawienia, np. 28-35)*

Regularne ☐ Tak …… dni ☐ Nie od …… dni do …… dni	Długość krwawienia: od …… dni do …… dni

Intensywność krwawienia	☐ Skąpe	☐ Mierne	☐ Obfite	☐ Skrzepy

REGULARNE DOLEGLIWOŚCI:		
Bolesne miesiączkowanie	☐ Tak	☐ Nie
Bolesny pierwszy dzień	☐ Tak	☐ Nie
Bóle podczas całej miesiączki	☐ Tak	☐ Nie

Bole poza miesiączkowe		☐ Tak	☐ Nie
Plamienie przed miesiączką		☐ Tak	☐ Nie
Plamienie w trakcie cyklu		☐ Tak	☐ Nie
Upławy		☐ Tak	☐ Nie
OSTATNIA MIESIĄCZKA (data .....)			
Czy ostatnia miesiączka była taka jak zwykle?		☐ Tak	☐ Nie
Czy wystąpiła po dłuższej przerwie?		☐ Tak	☐ Nie
LEKI			
Czy stosuje Pani przewlekle leki?	☐ Nie	☐ Tak	☐ Jakie? .....
Czy stosuje Pani antykoncepcję?	☐ Nie	☐ Tak	☐ Jaką? .....
Czy stosuje Pani leczenie hormonalne?	☐ Nie	☐ Tak	☐ Jakie? .....
Czy stosuje Pani hormonalną terapię zastępczą (po	☐	☐ Tak	☐ Jaką?

menopauzie)	Nie		……
Inne leki?	☐ Nie	☐ Tak	☐ Jakie? …… …
OPERACJE			
Czy była Pani operowana? ☐ Nie	☐ Tak	data	Zakres …… ….
		data	Zakres …… ….
		data	Zakres …… ….
Czy przechodziła Pani zabiegi? (np. na szyjce macicy) ☐ Nie	☐ Tak	data	Zakres …… …….
		data	Zakres …… …….
		data	Zakres …… …….

PORODY					
Czy rodziła Pani?		☐ Tak		☐ Nie	
Rok ……	☐ Syn ☐ Córka ☐ waga ……	☐ poród siłami natury ☐ kleszcze / vacum ☐ cięcie cesarskie	W …… tygodni u ciąży	Żyje: ☐ Tak ☐ Nie	Powikłania ☐ Nie ☐ Tak ……
Rok ……	☐ Syn ☐ Córka ☐ waga ……	☐ poród siłami natury ☐ kleszcze / vacum ☐ cięcie cesarskie	W …… tygodni u ciąży	Żyje: ☐ Tak ☐ Nie	Powikłania ☐ Nie ☐ Tak ……
Rok ……	☐ Syn ☐ Córka ☐ waga ……	☐ poród siłami natury ☐ kleszcze / vacum	W …… tygodni u ciąży	Żyje: ☐ Tak ☐ Nie	Powikłania ☐ Nie ☐ Tak ……

		☐ cięcie cesarskie			
Czy roniła Pani?			☐ Tak	☐ Nie	
Rok ……	Tydzień ciąży ……		☐ Samoistne	☐ Sztuczne	
Rok ……	Tydzień ciąży ……		☐ Samoistne	☐ Sztuczne	
Rok ……	Tydzień ciąży ……		☐ Samoistne	☐ Sztuczne	
BADANIA					
Kiedy wykonywała Pani ostatnio badanie cytologiczne szyjki macicy.		Data …… Wynik……			
Czy kiedykolwiek wynik był nieprawidłowy?		☐ Tak. Kiedy? ……		☐ Nie	
Czy były oznaczane HPV? (wirusy brodawczaka ludzkiego)		☐ Tak. Wynik ……		☐ Nie	
Czy była Pani zaszczepiona p. HPV (wirus brodawczaka ludzkiego)		☐ Tak. Kiedy? ……		☐ Nie	

Czy miała Pani wykonywaną mammografię?	☐ Tak. Kiedy? ..... Wynik:	☐ Nie

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

.....

Czytelny podpis pacjenta, data

Dziękujemy