KLINIKA PROMIENISTA

Ankieta przed zastosowaniem leku IMPLANON NXT

RE/1/48

NAZWISKO …… IMIĘ …… data ur.. ……

Adres..... Tel. ..... emeil: .....

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?	☐ Tak. Co dolega? …… ……	☐ Nie	☐ 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	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
5	Czy choruje Pani na nowotwór złośliwy (piersi, narządów rodnych), białaczkę, AIDS (zakażenie HIV)?	☐ Tak. Jakie …….. ……..	☐ Nie	☐ Nie wiem
6	Czy w rodzinie występowały nowotwory piersi?	☐ Tak. U kogo?…….. ……..	☐ Nie	☐ Nie wiem
7	Czy choruje Pani na choroby układu immunologicznego (odpornościowego)?	☐ Tak. Na jakie …….. ……..	☐ Nie	☐ Nie wiem
8	Czy występuje u Pani obecnie żylna choroba zakrzepowo – zatorowa?	☐ Tak. Jaka ……	☐ Nie	☐ Nie wiem
9	Czy występuje u Pani obecnie lub występowała w przeszłości żółtaczka (zażółcenie skóry) lub ciężka choroba wątroby?	☐ Tak. Jaka ……	☐ Nie	☐ Nie wiem
10	Czy występuje u Pani krwawienie z dróg rodnych o nieznanej przyczynie?	☐ Tak. ……	☐ Nie	☐ Nie wiem
11	Czy choruje Pani na cukrzycę, padaczkę, gruźlicę?	☐ Tak. ……	☐ Nie	☐ Nie wiem
12	Czy ma Pani nadwagę?	☐ Tak. ……	☐ Nie	☐ Nie wiem
13	Czy ma Pani nadciśnienie tętnicze?	☐ Tak. Leki……	☐ Nie	☐ Nie wiem
14	Czy stosuje Pani leki i zioła, z powodu:			
	- padaczki (np. prymidon, fenytoina, barbiturany, karbamazepina, topiramat, oksykarbamazepina, felbamat)?		☐ Nie	☐ Inne
	- gruźlicy (np. ryfampicyna)?		☐ Nie	☐ Inne
	- zakażenia HIV (np. rytonawir, nelfinavir, newirapina)?		☐ Nie	☐ Inne
	- innych chorób zakaźnych (np. gryzeofulwina)		☐ Nie	☐ Inne
	- stanów depresyjnych (lek ziołowy – ziele dziurawca zwyczajnego)		☐ Nie	☐ Inne
15	Czy jest Pani w ciąży lub podejrzewa Pani, że może być w ciąży?	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
16	Czy stosowała Pani do tej pory leczenie hormonalne, antykoncepcję?	☐ Tak. Jaką? ……	☐ Nie	☐ Nie wiem
17	Czy jest Pani: ☐ leworęczna ☐ 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

Po zabiegu samodzielnie zlokalizowałam implant. Zostałam pouczona jak go lokalizować w codziennej rutynowej kontroli

……..
data i podpis pacjentki

WYPEŁNIA LEKARZ

KWALIFIKACJA:
Nr serii Leku:
UWAGI:

.....……
data, podpis i pieczątka lekarza