KLINIKA PROMIENISTA

Ankieta wywiadu ORTOPEDIA

RE/1/37

NAZWISKO ..... IMIĘ .....

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

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

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

UWAGA: 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 **podkreślić** 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)	□ 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. zesztywnienie 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