

WYWIAD LEKARSKI PACJENTA

Pacjent:

Data:

Drogi Pacjencie!

Proszę dokładnie wypełnić **WSZYSTKIE** rubryczki. W przypadku: stwierdzonych chorób, przyjmowania określonych leków, chorób innych niż wymienione poniżej w wywiadzie lekarskim – proszę zrobić notatki w uwagach.

Dziękuję

CHOROBY

Alergiczne

Astma

Czy była Pani/Pan w szpitalu w ciągu ostatnich 2 lat

Czy w ciągu ostatnich lat był wykonywany:

Drobny zabieg (np. usunięcie brodawki)

Operacja (Jaka? Kiedy?)

Zabieg kosmetyczny (przekłuwanie uszu, tatuaż, depilacja)

Dziedziczne

Hemofilia

Infekcyjne

WZW B

AIDS

WZW C

Krwi

Przedłużone krwawienie np. po skaleczeniu

Nerek

Niewydolność nerek

Neurologiczne

Okulistyczne

Reumatyczne

Serca

Choroba wieńcowa

Przebyty zawał

Stan po operacji serca

Układu krążenia

Miażdżyca

Nadciśnienie

Niewydolność krążenia

Układu nerwowego

	NIE	TAK	NIE WIEM	UWAGI
Alergiczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy była Pani/Pan w szpitalu w ciągu ostatnich 2 lat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy w ciągu ostatnich lat był wykonywany:			
Drobny zabieg (np. usunięcie brodawki)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operacja (Jaka? Kiedy?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zabieg kosmetyczny (przekłuwanie uszu, tatuaż, depilacja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dziedziczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infekcyjne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WZW B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WZW C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krwi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Przedłużone krwawienie np. po skaleczeniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nerek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niewydolność nerek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologiczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Okulistyczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reumatyczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choroba wieńcowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Przebyty zawał	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stan po operacji serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Układu krążenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miażdżyca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nadciśnienie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niewydolność krążenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Układu nerwowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Układu pokarmowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nadkwasota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zaburzenia hormonalne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INNE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciąża	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cukrzyca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padaczka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRZECIWSKAZANIA			
Alergia na leki (jakie?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicylina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergia na materiały stomatologiczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergia na akryl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergia na nikiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergia na złoto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Może być poddany znieczuleniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Przyjmuje na stałe leki (jakie?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lista przyjmowanych leków
			
			
			

Potwierdzenie danych:
 Oświadczam, że dane podane powyżej są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
 Podpis Pacjenta

