

Informacja dotycząca stanu zdrowia pacjenta

Imię i Nazwisko pacjenta:

PESEL: Data urodzenia:

Czy czuje się Pani ogólnie zdrowa? TAK NIE

Czy aktualnie leczy się Pani? TAK NIE

Jeśli tak, to z jakiego powodu:

Czy przyjmuje Pani jakieś leki? TAK NIE

Jeśli tak, to jakie:

Czy jest Pani na coś uczulona? TAK NIE

Jeśli tak, to na co:

Czy pali Pani tytoń? TAK NIE

Jeśli tak, to ile i od kiedy:

Czy jest Pani w ciąży? TAK NIE

Tydzień ciąży:

Pytania dotyczące zabiegów medycyny estetycznej (laser: Motus, Zaffiro):

Czy przyjmowała Pani tetracykliny, izotretynoine (Accutane, Izotek)? TAK NIE

Jeśli tak, proszę podać datę ostatniego przyjęcia leku

Czy przyjmuje Pani leki przeciwwrzepowe lub aspirynę? TAK NIE

Jeśli tak, to jakie?.....

Czy przyjmuje Pani jakieś zioła, leki lub suplementy diety? TAK NIE

Jeśli tak, to jakie?

Czy w obrębie skóry poddawanej zabiegowi pojawił się kiedykolwiek stan zapalny, infekcja wirusowa, bakteryjna? TAK NIE

Czy ma Pani skłonność do nieprawidłowego gojenia ran i tworzenia blizn? TAK NIE

Czy często się Pani opala? TAK NIE

Data ostatniej ekspozycji na słońce/solarium:

Czy stosuje Pani samoopalacze? TAK NIE

Czy stosuje Pani kremy z filtrem? TAK NIE

Czy stosowała Pani w ciągu ostatnich 4 tygodni kremy z retinolem? TAK NIE

Czy w ostatnich 7 dniach były wykonywane jakiegokolwiek inne zabiegi na skórze w miejscu, które ma być poddane zabiegowi? TAK NIE

Jeśli tak, to jakie:



Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób:

- choroby serca** (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego) TAK NIE
- inne choroby układu krążenia** (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności, utrata sił) TAK NIE
- choroby naczyń krwionośnych** (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle podudzi przy chodzeniu, skłonność do krwotoku z nosa, podatność na siniaki i opuchlizny, długie gojenie się ran) TAK NIE
- choroby krwi** Jeśli tak to jakie: TAK NIE
- choroby płuc** (rozedma, zapalenie płuc, niewydolność płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli) TAK NIE
- choroby układu pokarmowego** (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit, nietolerancja na pokarmy) TAK NIE
- choroby wątroby** (kamica, żółtaczką, marskość wątroby) TAK NIE
- choroby układu moczowego** (zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu, inne choroby nerek) TAK NIE
- zaburzenia przemiany materii** (cukrzyca, dna moczanowa) TAK NIE
- choroby tarczycy** (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne, powiększenie tarczycy) TAK NIE
- choroby układu nerwowego** (padaczka, niedowład, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia) TAK NIE
- choroby układu kostno-stawowego** (bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach) TAK NIE
- choroby krwi i układu krzepnięcia** (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba) TAK NIE
- choroby oczu** (Jaskra) TAK NIE
- alergie** (astma, inne choroby alergiczne, reakcje alergiczne na leki) TAK NIE
- zmiany nastroju** (depresja, nerwica) TAK NIE
- choroby zakaźne** żółtaczką zakaźną A, B, C, gruźlica, TAK NIE
- choroba reumatyczna** TAK NIE
- osteoporoza** TAK NIE
- infekcje** Jak często: TAK NIE
- transfuzje krwi** Jak często: TAK NIE
- chemioterapia lub radioterapia** Jeśli tak przebyta czy w trakcie: TAK NIE
- inne dolegliwości, choroby** (np. trudności w połykaniu, obrzęk węzłów chłonnych) TAK NIE
- Jeśli tak to jakie:

.....
Czytelny podpis osoby zbierającej informacje

.....
Data i czytelny podpis pacjenta