

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:

ANKIETA GINEKOLOGICZNA:

Pierwsza miesiączka

Kiedy wystąpiła/rok życia.....

Samoistna TAK NIE

Wywołana lekami TAK NIE

Cykl miesięczkowy

Długość cyklu (od 1 dn. krwawienia do 1 dn. kolejnego krwawienia)

Długość krwawienia (ilość dni)

Czy cykle są regularne TAK NIE

Krwawienie jest:

Obfite TAK NIE

Mierne TAK NIE

Skąpe TAK NIE

Skrzepy TAK NIE

Bolesne miesiączkowanie TAK NIE

Plamienie w trakcie cyklu TAK NIE

Upławy TAK NIE

PORÓD TAK NIE

Data:

Poród siłami natury TAK NIE

Cesarskie cięcie TAK NIE

PORONIENIE TAK NIE

Data:

Tydzień ciąży:

Samoistne TAK NIE

Wywołane TAK NIE

Badania

Czy wykonywała Pani badanie cytologiczne? TAK NIE

Data ostatniego badania:

Czy wykonywała Pani badanie HPV? TAK NIE

Data ostatniego badania:

Czy wykonywała Pani badanie USG piersi? TAK NIE

Data ostatniego badania:

Czy wykonywała Pani mammografię? TAK NIE

Data ostatniego badania:

Czy przyjmuje Pani doustną antykoncepcję hormonalną? TAK NIE

Czy przyjmuje Pani hormonalną terapię zastępczą? TAK NIE

Czy stosuje Pani system hormonalny (Mirena, Kyleena, Jaydess i in.) TAK NIE

Jaki i od kiedy:

Czy stosuje Pani implant hormonalny TAK NIE

Jaki i od kiedy:

Czy stosuje Pani system niehormonalny (IUD, IUB i in.) TAK NIE

Jaki i od kiedy:

Czy przechodziła Pani zabiegi ginekologiczne TAK NIE

Data i rodzaj zabiegu:

ANKIETA OGÓLNA

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 <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit, nietolerancja na pokarmy)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
choroby wątroby (kamica, żółtaczką, marskość wątroby)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu, inne choroby nerek)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
zaburzenia przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne, powiększenie tarczycy)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
choroby układu nerwowego (padaczka, niedowład, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
choroby układu kostno-stawowego (ból korzonkowy, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
choroby oczu (Jaskra)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
alergie (astma, inne choroby alergiczne, reakcje alergiczne na leki)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
zmiany nastroju (depresja, nerwica)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
choroby zakaźne żółtaczką zakaźną A, B, C, gruźlica,	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
choroba reumatyczna	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
osteoporoza	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
infekcje Jak często:	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
transfuzje krwi Jak często:	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
chemioterapia lub radioterapia Jeśli tak przebyta czy w trakcie:	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
inne dolegliwości, choroby (np. trudności w połykaniu, obrzęk węzłów chłonnych) Jeśli tak to jakie:	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

.....
Czytelny podpis osoby zbierającej informacje

.....
Data i czytelny podpis pacjenta