

Szanowna Pani, prosimy o wydrukowanie i wypełnienie mniejszej ankiety medycznej, oraz zabranie jej z sobą na umówione spotkanie z lekarzem.

ANKIETA MEDYCZNA (KOBIETA)

Numer PESEL(w przypadku obcokrajowców seria i numer dokumentu tożsamości):	
Adres miejsca zamieszkania:	
Data urodzenia:	
Miejscowość urodzenia:	
<p><u>Cytologia:</u></p> <p>ostatnie badanie:</p> <p>Kiedy:</p> <p>.....</p> <p>Wynik:</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> nie pamiętam</p> <p>Przebyte zabiegi na szyjce macicy(rodzaj/rok):</p> <p>.....</p>	<p><u>Mammografia:</u></p> <p>Nie wykonano</p> <p>Ostatnie badanie (data)</p> <p>.....</p> <p>Prawidłowy</p> <p>Nieprawidłowy rodzaj zmian:</p> <p>.....</p>
	<p><u>USG piersi:</u></p> <p>Nie wykonano</p> <p>Ostatnie badanie (data)</p> <p>.....</p> <p>Prawidłowy</p> <p><input type="checkbox"/> Nieprawidłowy rodzaj zmian:</p> <p>.....</p>
<p>Ilość stymulowanych cykli z lekami refundowanymi cyfra:</p> <p>..... / słownie:</p>	
CHOROBY PRZEBYTE I WSPÓLISTNIEJĄCE:	
JEDNOSTKA CHOROBOWA	TAK (od kiedy)
Choroby autoimmunologiczne	
Choroby serca (zawał, zaburzenia rytmu, kardiomiopatie)	
Choroby krwi (skłonność do krwawień, siniaków, zakrzepów, zatorów)	
Małopłytkowość	
Choroby płuc (astma, przewlekłe zapalenia oskrzeli, rozedma, gruźlica, pylica, zapalenia płuc)	
Choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa, zapalenie, nieswoiste choroby zapalne jelit, zespół jelita drażliwego)	
Choroby wieku dziecięcego	Różyczka Świnka Ospa Odra Inne
Choroby wątroby (stłuszczenia, marskość, naczyniaki)	

<p>Wirusowe zapalenie wątroby</p> <p>Inne – jakie?</p> <p>ostre/przewlekła/antygenemia Hbs</p> <p>Inne przewlekłe choroby zakaźne (HIV, kiła, chlamydia, HTLV I/II)</p>	<p>typ A typ B typ C</p> <p>tak</p> <p><input type="checkbox"/> tak</p>
Choroby urologiczne (zapalenie nerek, kamica, trudność w oddawaniu moczu)	
Cukrzyca, typ/dna moczanowa/porfira	
Choroby tarczycy (wole obojętne, nadczynność, choroba Hashimoto)	
Choroby gruczołów piersiowych	
Schorzenia psychiczne (depresja/psychoza poporodowa, choroba afektywna dwubiegunowa, schizofrenia, zaburzenia lękowe, próby samobójcze, samookaleczenia, zaburzenia nerwicowe)	
Choroby układu kostnego (choroby kręgosłupa, zmiany w stawach, osłabienia mięśni)	
Choroby układu naczyniowego – zakrzepowo – zatorowe zapalenie żył	
Choroby genetyczne/choroby genetyczne w rodzinie	
Choroby reumatyczne (RZS rumieniowaty układowy, ZZSK, zespół Sjögrena)	
<p>Nowotwory złośliwe <input type="checkbox"/> przebyte</p> <p>Narządów płciowych <input type="checkbox"/> inne</p> <p>.....</p> <p>Leczone</p>	
<p>Przebyte leczenie immunosupresyjne</p> <p>Inne choroby o nieznaney etiologii</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
Transfuzje	<p>Uczulenia:</p> <p>Uczulenia na leki:</p>

Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy:	
<p>Czy była poddawana zabiegom medycznym, w czasie których dochodziło do naruszenia ciągłości tkanek(pobieranie krwi, iniekcje, kroplówki/transfuzje, punkcje/biopsje, szczepienia, zabiegi, operacyjne) oraz czy wykonywane były badania endoskopowe (gastroskopia, rektoskopia, sigmoidoskopia, kolonoskopia, inne)?</p>	Tak
	<p>Jakie:</p> <p>.....</p> <p>....</p> <p>.....</p>

Czy korzystała z usług specjalistów: stomatologa(ekstrakcje zębów, usuwanie kamienia nazębnego, inne), okulisty(usuwanie ciała obcego, inne), laryngologia(punkcja zatok, inne) innych?	TAK	
Czy poddawana była zabiegom niemedycznym, w czasie których mogło dojść do naruszenia ciągłości tkanek: kosmetyka (manicure, pedicure, przekłuwanie uszu, tatuaże, zabiegi dermo kosmetyczne), fryzjer (golenie/skaleczenie brzytwą, żyletka, inne), innym?	TAK	
Inne możliwości infekcji:		
Kontakt z HIV/AIDS/HCV/HBV	TAK	
Kontakt z krwią i tkankami osób trzecich	TAK	
Czy w ciągu ostatnich miesięcy obserwowano u pacjentki wzrost aminotrasferaz lub kliniczne cechy uszkodzenia wątroby ?	TAK	
Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy Pani przebywała w krajach Afryki, Azji, Ameryki Południowej?	TAK	
PRZEBYTE OPERACJE		
Rok	Rodzaj	

POBYT W SZPITALU

Rok	Przyczyna

UŻYWKI	WYWIAD RODZINNY I ŚRODOWISKOWY
<p>Palenie tytoniu: NIE TAK ile lat.....</p> <p>Liczba papierosów dziennie.....</p> <p>Inne używki: Alkohol Narkotyki Dopalacze</p>	<p>Rodzice, rodzeństwo, dziadkowie, krewni</p> <p>Nowotwory.....</p> <p>Cukrzyca, typ</p> <p>Wady genetyczne </p> <p>Wady wrodzone występujące w rodzinie </p> <p>Choroba zakrzepowo – zatorowa</p> <p>Inne</p>

Wszystkie powyżej podane przeze mnie dane są prawdziwe zgodnie z moją najlepszą wiedzą, a ich prawdziwość potwierdzam złożonym poniżej własnoręcznym podpisem.

Data **Miejscowość**

Czytelny podpis Pacjentki

Data , pieczęć podpis lekarza weryfikującego ankietę:

data, pieczęć i podpis