



Nazwisko Imię Data

Data urodzenia wzrost waga

Adres zamieszkania

.....

Telefon kontaktowy

Prosimy o wypełnienie niniejszej ankiety. Wybraną odpowiedź proszę zaznaczyć. Jeżeli jakieś pytanie sprawi Państwu trudności lub niektóre sformułowania będą niejasne (krępujące), to możecie się skonsultować z lekarzem przed badaniem.

Ankieta przeznaczona jest wyłącznie do celów medycznych.

Planowany zabieg endoskopowy:

Gastroskopia

Kolonoskopia

EPCW

PTC

PRAWIDŁOWĄ ODPOWIEDŹ NALEŻY OTOCZYĆ

KÓŁKIEM

1. Czy przyjmuje Pan/Pani leki:

TAK

NIE

nazwa, dawka, od kiedy?

.....

.....

.....

2. Czy był/a Pan/Pani kiedyś operowany/a?

TAK

NIE

kiedy i z jakiego powodu?, proszę wymienić

.....

.....

.....

3. Czy obserwowano podczas znieczulenia szczególne reakcje?

TAK

NIE

proszę wymienić

.....

.....

.....

4. Choroby serca: czy przebył/a Pan/Pani zawał mięśnia sercowego, zapalenie mięśnia sercowego, czy ma Pan/Pani wadę serca, zaburzenia rytmu, inne?

TAK

NIE

proszę wymienić

.....

.....

.....

5. Choroby krążenia: czy choruje Pan/Pani na nadciśnienie tętnicze, choroby naczyń krwionośnych?

TAK

NIE

proszę wymienić

.....

.....

.....

6. Choroby naczyń: czy przebył/a Pan/Pani zapalenie żył powierzchownych, głębokich, czy występują u Pana/Pani bóle łydek?
proszę wymienić **TAK NIE**

7. Choroby dróg oddechowych: czy choruje Pan/Pani na astmę, przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozedmę płuc, pylicę, zapalenie płuc, gruźlicę?
proszę wymienić **TAK NIE**

8. Choroby wątroby: czy przebył/a Pan/Pani wirusowe zapalenie wątroby, żółtaczkę, czy choruje Pan/Pani na marskość wątroby?
proszę wymienić **TAK NIE**

9. Choroby nerek: czy chorował/a Pan/Pani na kamicy moczową, zapalenie nerek, zakażenia dróg moczowych?
proszę wymienić **TAK NIE**

10. Choroby endokrynologiczne: czy chorował/a Pan/Pani na choroby przysadki, tarczycy, przytarczyc, nadnerczy, inne?
proszę wymienić **TAK NIE**

11. Choroby przemiany materii: czy choruje Pan/Pani na cukrzycę, dnę, inne?
proszę wymienić **TAK NIE**

12. Choroby oczu: czy choruje Pan/Pani na jaskrę, zaćmę, wadę wzroku?
proszę wymienić **TAK NIE**

13. Choroby neurologiczne: czy choruje Pan/Pani na padaczkę, czy przebył/a Pan/Pani udar mózgowy, czy ma Pan/Pani niedowład, porażenie kończyn dolnych, górnych, połowiczny, miastenię, stwardnienie rozsiane, inne?
proszę wymienić **TAK NIE**

14. Choroby krwi i układu krzepnięcia: czy choruje Pan/Pani na hemofilię, inne schorzenia układu krwiotwórczego i krwionośnego?, czy ma Pan/Pani zwiększoną skłonność do siniaków, krwawień?

TAK**NIE**

proszę wymienić

.....

.....

15. Uczulenia: czy jest Pan/Pani uczulona na leki (proszę podać nazwę leku), artykuły spożywcze, środki dezynfekcyjne, środki kontrastowe, inne?

TAK**NIE**

proszę wymienić

.....

.....

16. Czy w Pana/Pani rodzinie ktoś chorował na schorzenia mięśni, gorączkę złośliwą?

TAK**NIE**

proszę wymienić

.....

.....

17. Używki lub leki uspokajające

tytoń

TAK**NIE**

alkohol

TAK**NIE**

inne używki

TAK**NIE**

leki uspokajające i nasenne:

TAK**NIE**

nazwa, dawka, od kiedy?

.....

18. Uzębienie: czy ma Pan/Pani protezy zębowe, chwiejące się zęby?

TAK**NIE**

19. Czy jest Pani w ciąży?

TAK**NIE**

20. Czy karmi Pani piersią?

TAK**NIE**

21. Czy chorował/a Pan/Pani na wirusowe zapalenie wątroby (żółtaczka zakaźna typu A, B, C, inne)

TAK**NIE**

proszę wymienić:

.....

.....

22. Czy kiedykolwiek stwierdzono markery zapalenia wątroby(np. HBs, HCV ?)

TAK**NIE**

proszę wymienić

.....

23. Czy był/a Pan/Pani szczepiony/a przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby

TAK**NIE**

kiedy?

24. Czy stwierdzono u Pana/Pani zakażenie HIV ?

TAK**NIE**

25. Czy kiedykolwiek przeprowadzono u Pana/Pani przetoczenie krwi lub preparatów krwiopochodnych?

TAK**NIE**

kiedy?

26. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy był Pan/Pani leczony/a w innym szpitalu? **TAK** **NIE**
kiedy?

27. Czy w ciągu 6 miesięcy miał/a Pan/Pani wykonywane zabiegi stomatologiczne, akupunktury, kosmetyczne (np. tatuaż, kolczykowanie) lub inne, w czasie których mogło dojść do skaleczenia (np. fryzjerskie) **TAK** **NIE**

proszę wymienić

Główne dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego:

odpowieź proszę otoczyć kółkiem

Bóle brzucha	tak	nie
Chudnięcie	tak	nie
Obecność krwi w stolcu	tak	nie
Zaparcie	tak	nie
Biegunka	tak	nie
Nudności, wymioty	tak	nie
Wzdęcie	tak	nie
Zgaga	tak	nie
Gorączka	tak	nie
Żółtaczka	tak	nie
Świąd skóry	tak	nie
Zmiana zabarwienia moczu i stolca	tak	nie
Występowanie dolegliwości w godzinach nocnych	tak	nie

INFORMACJE DLA PACJENTÓW, U KTÓRYCH ZABIEG BYŁ WYKONANY W ZNIECZULENIU

**PO ZABIEGU W ZNIECZULENIU OBOWIĄZUJE PANIĄ/PANA
POWRÓT DO DOMU Z OSOBĄ ODPOWIEDZIALNĄ, SPRAWNĄ**

W CIĄGU 12 GODZIN PO ZNIECZULENIU NIEDOZWOLONE JEST:

- ✓ **Prowadzenie samochodu i innych pojazdów**
- ✓ **Obsługa skomplikowanych urządzeń i maszyn**
- ✓ **Picie alkoholu**
- ✓ **Podejmowanie ważnych decyzji osobistych i służbowych**
- ✓ **Wykonywanie innych czynności wymagających pełnej sprawności psychofizycznej**

.....
data

.....
podpis pacjenta