



Ankieta przed badaniem endoskopowym

Z uwagi na Pani/a bezpieczeństwo, prosimy o wypełnienie niniejszej ankiety. **Prosimy o zaznaczenie wybranej odpowiedzi.** Jeżeli jakieś pytanie sprawi Państwu trudność lub niektóre sformułowania będą niejasne (krępujące), to możecie się skonsultować z lekarzem przed badaniem.

Ankieta przeznaczona jest wyłącznie do celów medycznych.

Imię i Nazwisko

PESEL

Telefon kontaktowy.....

Wzrost Waga

Adres zamieszkania.....

Planowany zabieg endoskopowy: gastroscopia kolonoskopia EPCW PTC

1. Czy przyjmuje Pan/i leki: Tak Nie

Jeżeli tak, proszę wpisać nazwę, dawkę, od kiedy

2. **Przebyte operacje:** (kiedy i z jakiego powodu)

3. **Czy obserwowano** podczas znieczulenia szczególne reakcje: Tak Nie

jakie?.....

4. **Choroby serca:** zawał mięśnia sercowego, zapalenie mięśnia sercowego, wada serca, zaburzenia rytmu, lub inne

5. **Choroby krążenia:** nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, inne



6. **Choroby naczyń:** żylaki, zapalenie żył powierzchniowych, głębokich, czy występują bóle łydek

.....
.....

7. **Choroby dróg oddechowych:** astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozedma płuc, pylica, zapalenie płuc, gruźlica, inne

.....
.....

8. **Choroby wątroby:** wirusowe zapalenie wątroby A B C , żółtaczką, marskość wątroby, inne

.....
.....

9. **Choroby nerek:** kamica moczowa, zapalenie nerek, zakażenia dróg moczowych, zapalenia pęcherza, inne

.....
.....

10. **Choroby endokrynologiczne :** choroby przysadki, tarczycy, przytarczyc, nadnerczy, inne

.....
.....

11. **Choroby przemiany materii:** cukrzyca, dna moczanowa, inne

.....
.....

12. **Choroby oczu:** jaskra, zaćma, wada wzroku - jaka?

.....
.....

13. **Choroby neurologiczne:** padaczka, udar mózgu, niedowład, porażenie kończyn dolnych, górnych, połowiczny, miastenię, stwardnienie rozsiane, inne.....

.....
.....

14. **Choroby krwi i układu krzepnięcia:** hemofilia, zwiększona skłonność do siniaków, krwawień, in schorzenia układu krwiotwórczego i krwionośnego, jakie?.....

.....
.....



15. **Uczulenia:** leki-proszę podać nazwę leku, artykuły spożywcze, środki dezynfekcyjne, środki kontrastowe, inne:

.....
.....

16. **Używki:** tytoń, alkohol, leki uspokajające, leki nasenne - nazwa, dawka?

lub inne

17. **Ciąża:**

Tak Nie

.....
.....

18. **Karmienie piersią**

Tak Nie

.....
.....

19. **Zakażenie HIV:**

Tak Nie

20. **Uzębienie:** czy ma Pan/i protezy zębowe, chwiejące się zęby?

Tak Nie

21. **Szczepienie** przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby:

Tak Nie

22. Czy w ciągu ostatnich 6m-cy był/a Pan/i leczony/a w innym szpitalu?

Tak Nie

kiedy?

23. Czy w ciągu 6m-cy miał Pan/i wykonywane zabiegi: stomatologiczne, kosmetyczne (tatuaż, kolczykowanie), fryzjerskie, w których mogło dojść do skaleczenia?

Tak Nie

kiedy?

Treść ankiety jest dla mnie zrozumiała a zakreślone/ podane odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
data

.....
czytelny podpis pacjenta/opiekuna