

ANKIETA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA

Wszystkie podane informacje są objęte poufnością i służą trosce o Państwa bezpieczeństwo. Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. Poniższe pytania służą do zebrania informacji koniecznych do przeprowadzenia we właściwy sposób konsultacji w ramach pierwszej wizyty w Narodowym Instytucie Onkologii.

.....
Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

• **Powód zgłoszenia do Ambulatorium:**

- | |
|---|
| ☐ KARTA DILO – skierowanie na diagnostykę do |
| ☐ SKIEROWANIE do |
| ☐ OBJAWY: |

• **Czy leczy się Pani/Pan z powodu chorób ogólnych / przewlekłych / systemowych:**

☐ CHOROBY SERCA:	☐ CUKRZYCA:
☐ CHOROBY TARCZYCY:	☐ ASTMA:
☐ CHOROBY PSYCHICZNE:	☐ POCHP:
☐ INNE:	
☐ LECZENIE ONKOLOGICZNE: METODY:	

• **Proszę podać nazwy przyjmowanych na stałe leków:**

1.	Kwas acetylosalicylowy: ASPIRYNA, POLOPIRYNA, POLOCARD, ACARD, ETOPIRYNA	dawka:	
2.	Clopidogrel: AGREGEX, CLOPIDIX, PLAVIX, ZYLLT, TROMBEX, PLAVOCORIN, PEGOREL, CLOPIDOGREL, AUROVITAS, CLOPIDOGREL GENOPTIM	dawka:	
3.	Tiklopidyna: ACLPOTIN, TICLID	dawka:	
4.	Acenokumarol: SINTROM, ACENOKUMAROL	dawka:	
5.	Warfaryna: WARFIN	dawka:	
6.	Dabigatran: PRADAXA, TELEXER, MIREXAN, DAXANLO, DABIGATRAN ETEKSYLAN STADA	dawka:	
7.	Rywaroksaban: XARELTO, ZARIXA, XILTESS, XANIRVA, VIXARGIO, RUNAPLAX, RIXACAM, MIBREX, KARDATUXAN, BEVIMLAR	dawka:	
8.	Apiksaban: ELIQUIS	dawka:	
9.		dawka:	
10.		dawka:	
11.		dawka:	
12.		dawka:	
13.		dawka:	

• **Uwagi / leki przyjmowane doraźnie:**

.....
.....
.....
.....

1.		dawka:	
2.		dawka:	
3.		dawka:	
4.		dawka:	
5.		dawka:	

• **Czy jest Pani/Pan uczulony na leki ? Jakie to leki i jak wyglądała reakcja alergiczna ?**

.....
.....
.....
.....
.....

• **Czy ma Pani/Pan wszczepione:**

☐ STYMULATOR SERCA	☐ PORT NACZYNIOWY
☐ ZASTAWKA SERCA	☐ IMPLANTY STOMATOLOGICZNE
☐ PROTEZA STAWÓW	☐ INNE:

• **Użytki:**

☐ PAPIEROSY szt./dobę lat	☐ ALKOHOL ml/dobę	☐ NARKOTYKI
--	--	---

• **Czy potrzebuje Pani/Pan świadczeń/usług z zakresu pomocy socjalnej ?**

☐ TAK ☐ NIE

• **Czy potrzebuje Pani/Pan pomocy w zakresie pomocy psychologicznej ?**

☐ TAK ☐ NIE

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą. Wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej zobowiązuje się zgłosić w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu.

Data i podpis