|  |  |
| --- | --- |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| PESEL |  |
| Data wypełnienia |  |

Informacje o pacjencie:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Informacje o uczuleniach i nietolerancjach | | | |
| Czy ma Pan(i) uczulenie na leki? | Tak | Nie | Na jakie preparaty |
| Czy ma Pan(i) uczulenie lub nietolerancję? | Tak | Nie | Na co |
| Informacje o lekach przyjmowanych na stałe | | | |
| Czy przyjmuje Pan(i) leki na stałe | Tak | Nie | Lista preparatów |
| Informacje o chorobach przebytych u członków rodziny, czynnikach ryzyka chorób nowotworowych, chorób układu krążenia, chorób metabolicznych etc. | | | |
| Czy w Pana(i) rodzinie występowały nowotwory? | Tak | Nie | U kogo i jaki nowotwór |
| Czy w Pana(i) rodzinie występowały choroby układu krążenia(nadciśnienie, choroby serca)? | Tak | Nie | U kogo i jaka choroba |
| Czy w Pana(i) rodzinie występowały choroby metaboliczne(cukrzyca, dna moczanowa)? | Tak | Nie | U kogo i jaka choroba |
| Czy Pana(i) dieta bogata jest w węglowodany i tłuszcze? | Tak | Nie | X |
| Stres | Często | Rzadko | Nigdy |
| Czy pali Pan(i) papierosy | Tak | Nie | Ile dziennie |
| Czy wykonuje Pan(i) ćwiczenia fizyczne trwające dłużej niż 30minut? | Tak | Nie | Ile razy |
| Informacja o uzależnieniach | | | |
| Czy pali Pan(i) papierosy? | Tak | Nie | Ile razy dziennie |
| Czy pali Pan(i) elektroniczne papierosy lub zażywa środki z nikotyną? | Tak | Nie | Ile razy dziennie |
| Czy zażywa Pan(i) alkohol? | Tak | Nie | Jak często |
| Czy zażywa Pan(i) narkotyki | Tak | Nie | Jak często |
| Czy zażywa Pan(i) leki uspokajające, psychoaktywne? | Tak | Nie | Jak często, jakie |
| Profilaktyka | | | |
| Czy miał Pan(i) wykonaną kolonoskopię(dotyczy pacjentów po 50rż) | Tak | Nie | Kiedy |
| Czy miała Pani wykonaną cytologię szyjki macicy? | Tak | Nie | Kiedy |
| Czy miała Pani wykonaną mammografię(dotyczy pacjentki po 50rż) | Tak | Nie | Kiedy |
| Czy szczepi się Pan(i) ochronnie(grypa, HPV, odra) | Tak | Nie | Kiedy, na co |
| Przebyte hospitalizacje i zabiegi | | | |
| Czy był Pan(i) hospitalizowana | Tak | Nie | Powód i data hospitalizacji |
| Czy miał Pan(i) wykonywane zabiegi lekarskie? | Tak | Nie | Jaki zabieg, data |
| Choroby zakaźne | | | |
| Czy miał Pan(i) kontakt z chorobami zakaźnymi(HIV,AIDS,HCV,WZW) | Tak | Nie | X |