

Nazwisko i imię pacjenta:
PESEL:
Numer karty pacjenta (MRN):

Data:

Pieczęć podmiotu

WYWIAD OGÓLNY

Proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania zakreślając odpowiednią pozycję w pytaniu.

ZAWÓD WYKONYWANY:

WYWIAD ŚRODOWISKOWY: miasto/obrzeża/wieś, mieszkanie/dom, parter/piętro, pomieszczenia suche/zawilgocone itp. Zwierzeta w domu (rybki też, bo pokarm może uczulać!)

WYWIAD OGÓLNY: bez dolegliwości; przewlekłe zmęczenie, nieuzasadniona utrata wagi, utrata apetytu, gorączka, nocne poty, ból żuchwy lub szczęki w trakcie jedzenia, zdiagnozowana choroba nowotworowa, AIDS,

WZW, uwagi:
.....

UKŁAD KRAŻENIA: bez dolegliwości; przebyty zawał, miażdżyca, nadciśnienie, nieregularna akcja serca, bóle w klatce piersiowej, obrzęki nóg, bóle nóg przy chodzeniu, uwagi:
.....

HEMATOLOGIA: bez dolegliwości; hemofilia, anemia, białaczka, nieprawidłowe badania krwi, łatwe siniaczenie się, przedłużone krwawienie np. po skaleczeniu, uwagi:
.....

UKŁAD ODDECHOWY: bez dolegliwości; przewlekły kaszel, gruźlica, sarkoidoza, zadyszka, zmiany w badaniach radiologicznych, uwagi:
.....

UKŁAD POKARMOWY: bez dolegliwości; refluks (zgaga), choroby zapalne jelit (colitis ulcerosa, ch. Crohna), przewlekła biegunka, krew w stolcu, uwagi:
.....

UKŁAD MOCZOWO PŁCIOWY: bez dolegliwości; niewydolność nerek, choroby zapalne nerek, przerost prostaty, uwagi:
.....

SKÓRA: bez dolegliwości; wysypka, nowa zmiana skórna, zmiana istniejącej zmiany skórnej, uwagi:
.....

UKŁAD WEWNĄTRZWDZIELNICZY I METABOLIZM: bez dolegliwości; choroby tarczycy, cukrzyca, uwagi:
.....

UKŁAD RUCHU: bez dolegliwości; obrzęk stawów, uwagi:
.....

Nazwisko i imię pacjenta:

PESEL:

Numer karty pacjenta (MRN):

Data:

UKŁAD NERWOWY: bez dolegliwości; epizody zaniewidzenia, podwójne widzenie, częste bóle głowy, zawroty

głowy,

uwagi:.....

.

UKŁAD IMMUNOLOGICZNY: bez dolegliwości; alergie sezonowe, katar sienny, ekspozycja na HIV,

inne:

.....

Dane ogólne: używki (papierosy - dobrze jest policzyć ile paczkołat pacjent ma za sobą **, alkohol, narkotyki, kawa), ilość godzin przesypianych w ciągu doby i inne.

Czy jest Pan / Pani uczulona na leki: NIE TAK

jakie:

Jakie leki obecnie Pani zażywa:

Oświadczam, że dane podane powyżej są zgodne ze stanem faktycznym

Data

Podpis