KONSULTACJA PRZED ZABIEGIEM

Pacjent:……
……
Wiek…….
Waga……. Wzrost……
1.Czy czuje się Pan/Pani zdrowy? Tak Nie

2.Operacje Nie
……
……
……
3.Choroby mięśni
Pacjent:……..Nie
Krewni:…….Nie
4.Dolegliwości i choroby serca Nie
……
……
5.Nadciśnienie tętnicze Tak Nie
RR……...
6.Choroby płuc i oskrzeli Nie
……
7.Choroby wątroby Nie
……
8.Choroby nerek Nie
……
9.Cukrzyca Tak Nie
10.Żylaki kończyn dolnych Tak Nie
11. Choroby endokrynologiczne Nie
Tarczyca……..
Przysadka mózgowa…….....
Trzustka……..
Inne…….....
12. Choroby zakaźne
WZW – B (C) Tak Nie
HIV Tak Nie
Inne: …….....

13. Choroby układu nerwowego Nie
……
14. Choroby psychiczne Nie
……
15. Uczulenia Nie
Lidokaina, Marcaina, Ropivacaina, Penicylina, inne antybiotyki, NLPZ
……
……
16. Inne choroby, urazy Nie
……
……
……
17. Leki przyjmowane stale
……
…….....
Acenokumarol, Sintrom, Aspiryna, Polopiryna, Acard, Acesan, Ticlo, Piroxicam (Felden),Roaccutane
18. Leki przyjmowane w ostatnich 4 tyg. Nie
……
……
……
19. Choroby przebyte w ciągu ostatnich 4 tyg Nie
……
……
……
20. Czy przyjmuje Pan/Pani substancje narkotyczne lub odurzające Tak Nie
21. Papierosy Tak Nie
22. Badania dostarczone
……
……
……
……
23. Uwagi
……
……
…….....

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w tej tabeli w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia leczenia (zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych Dz. Ust. nr 133 poz. 833 z dn. 29.08.97). Tym samym poświadczam prawdziwość powyższych danych i że wypełniłem/*am (*niepotrzebne skreślić) tabele według całej dostępnej mi wiedzy o własnym stanie zdrowia (mojego dziecka lub podopiecznego).*
Złożenie podpisu poniżej jest równoznaczne z akceptacją powyższych danych i informacji.

data i czytelny podpis pacjenta (lub opiekuna).....