

## Flebologia – choroby żył

(Zaznacz "tak", „nie” lub wpisz właściwą odpowiedź)

Imię.....

Nazwisko.....

Wiek.....

Waga.....

Wzrost.....

Inne (opisz)

.....

.....

.....

Czy objawy zmniejszają się lub ustępują po nocy

### Powód wizyty

Tak Nie

Żylaki

Venulektazje (pajęczki)

Obrzęki

Ból kończyn dolnych

Owrzodzenia

### Leczenie/ Diagnostyka

Czy był Pan/Pani diagnozowana z w/w powodów

Tak Nie

Czy był Pan/Pani leczona z w/w powodów

Tak Nie

### Objawy

Pierwsze objawy ( opisz je i podaj przybliżony czas wystąpienia)

Opis leczenia:

.....

.....

.....

.....

.....

### Dolegliwości:

Ból Tak Nie

Uczucie „ciężkich nóg” Tak Nie

Skurcze (również nocą) Tak Nie

Mrowienie w łydkach Tak Nie

Pieczenie stóp Tak Nie

### Przebieg choroby

Jak zmiany nastąpiły od wystąpienia pierwszych objawów:

.....

.....

.....

.....  
 .....

**Nawrót objawów żylnych**

(wypełniają pacjenci wcześniej leczeni dowolną metodą)

Nawrót Tak Nie

Czas nawrotu (m-ce lub lata).....

Czy stan pogorszył się w stosunku do przedzabiegowego Tak Nie

Zastępcza terapia hormonalna Tak Nie

Jaka:.....

.....  
 .....

**Wywiad**

**rodzinny:**

Najbliższa rodzina: (kto?)

Żylaki.....

Obrzęki/ owrzodzenia .....

Inne:.....

**Socjalny:**

Charakter pracy (stojąca/siedząca/inna):.....

Aktywność fizyczna (opisz w kilku słowach):.....

Papierosy Tak Nie

Ile dziennie.....

**Zabiegi:**

Operacje chirurgiczne Tak Nie  
 Jakie i kiedy:

.....  
 .....

Operacje ortopedyczne Tak Nie  
 (również gips i inne unieruchomienia)  
 Jakie i kiedy:

.....  
 .....

Operacje ginekologiczne Tak Nie  
 (również cięcia cesarskie)  
 Jakie i kiedy:

.....  
 .....

Ciąże .....

Porody.....

Poronienia.....

**Przebyte lub istniejące choroby:**

Dolegliwości i choroby serca Tak Nie  
 Jakie i kiedy:

.....  
 .....

Nadciśnienie tętnicze Tak Nie

Ostatni pomiar: .....

Choroby płuc i oskrzeli Tak Nie

.....

Choroby wątroby Tak Nie

.....

Choroby nerek Tak Nie

.....

.....

.....

Cukrzyca Tak Nie

.....

.....

.....

Choroby endokrynologiczne Tak Nie

Tarczycy.....

Przysadka mózgowa.....

Trzustka.....

Nadnercza.....

Inne.....

Choroby zakaźne

WZW – B (C) Tak Nie

HIV Tak Nie

Inne:

.....

.....

Choroby układu nerwowego Tak Nie

.....

Choroby psychiczne Tak Nie

.....

Uczulenia Tak Nie

Zwróć uwagę na poniższe leki

**Penicylina, Biseptol (lub inne antybiotyki)**

**Aspiryna, Lignocaina**

.....

.....

Inne choroby, urazy Tak Nie

.....

.....

.....

.....

.....

Leki przyjmowane stale i ich dawkowanie

(Zwróć uwagę na poniższe leki)

**Acenokumarol, Sintrom, Aspiryna, Polopiryna,**

**Acard, Xarelto (rywaroksaban), Pradaxa**

**(dabigatran). Clopidogrel**

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

Czy chorował(a) Pan/Pani w ciągu ostatniego m-ca

Tak Nie

Jeśli tak, jakie leki Pan/Pani przyjmował(a):

1.....

2.....

3.....

4.....

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).....