

INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA

Wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą lekarską i służą trosce o Państwazwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach, choroba reumatyczna, oosteoporoza) o
bezpieczeństwo. Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. W przypadku trudności z odpowiedzią proszę pominąć pytanie i wyjaśnić **wątpliwości z lekarzem prowadzącym**. Poniższe pytania służą do zebrania informacji koniecznych do wybrania właściwego sposobu leczenia oraz wybrania odpowiedniego znieczulenia przed zabiegiem.

.....PESEL

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

Nazwisko i imię pacjenta
Adres zamieszkania

Aktualny numer telefonu

Ostatnie badanie stomatologiczne.....Cel dzisiejszej wizyty.....

Czy czuje się Pan(i) ogólnie zdrowy(a)? TAK NIE

Czy w ciągu ostatnich 2 lat leczył(a) się Pan(i) w szpitalu? TAK NIE

Jeśli tak to z jakiego powodu:

Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy TAK NIE

Jeśli tak to na co.....

Czy przyjmuje Pan(i) jakieś **leki**? suplementy? (zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwe) TAK NIE

Jeśli tak to jakie:

Czy jest Pan(i) na coś **uczulony(a)**? TAK NIE

Jeśli tak to na co:

Czy ma Pan(i) skłonność do krwawień? TAK NIE

Czy miał Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności? TAK NIE

Czy miał Pan(i) uraz w obrębie głowy lub szyi? TAK NIE

Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca? TAK NIE

Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób? [jeżeli tak to proszę podkreślić na jaką/jakie]

choroby serca (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego, sztuczna zastawki TAK NIE

inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności, obrzęki) TAK NIE

choroby naczyń krwionośnych (by-passy, wysoki cholesterol, żylaki, zapalenie żył, udar mózgu) TAK NIE

choroby płuc (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli) TAK NIE

choroby układu pokarmowego TAK NIE

(choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit)

choroby wątroby (kamica, żółtaczką, marskość wątroby) TAK NIE

choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu) TAK NIE

zaburzenia przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa) TAK NIE

choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne) TAK NIE

choroby układu nerwowego (padaczka, niedowład, utraty przytomności,

porażenia, zaburzenia czucia, miastenia) TAK NIE

choroby układu kostno-stawowego (implant ortopedyczny, bóle korzonkowe, zmiany

o

choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych,

krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba) TAK NIE

choroby oczu (jaskra) TAK NIE

choroby zakaźne (żółtaczką zakaźną A,B,C, AIDS/HIV, gruźlica, choroby weneryczne) TAK NIE

inne dolegliwości jakie?

Jaki był ostatni pomiar ciśnienia

krwi

Czy był(a) Pan(ani) już kiedyś operowany(a) TAK NIE

Jeśli tak to kiedy i z jakiego

powodu:

Czy dobrze zniósł Pan(i) znieczulenie? TAK NIE

Czy miał Pan(i) przetaczaną krew TAK NIE

Jeśli tak to kiedy i z jakiej

przyczyny:

Czy pali Pan(i) tytoń? Jeśli tak, to ile i od

kiedy: TAK NIE

Czy pije Pan(i) alkohol? TAK NIE

Czy zażywa Pan(i) środki uspokajające, nasenne? TAK NIE

Jeśli tak to

jakie:

Pytania dotyczące kobiet:

Czy jest Pani w ciąży? TAK NIE

Jeśli tak to w którym

miesiącu:

Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę?

.....

Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne? TAK NIE

PROSIMY POINFORMOWAĆ NAS W PRZYSZŁOŚCI O WSZYSTKICH ZMIANACH W STANIE ZDROWIA ORAZ PRZYJMOWANYCH LEKACH

Wyrażam zgodę na monitorowanie mojego zabiegu przez wewnętrzny system monitoringu. Wszelkie nagrania służą tylko do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom i personelowi Dentica Center.

TAK NIE

Podpis pacjenta (opiekuna prawnego)Data.....

Podpis lekarza.....Data.....