

## OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA PACJENTA PRZED ZABIEGIEM W GRAPA MEDICA

zabieg chirurgiczny  zabieg medycyny estetycznej  inny zabieg medyczny

Wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą lekarską i służą trosce o Państwa bezpieczeństwo. Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. W przypadku trudności z odpowiedzią proszę pominąć pytanie i wyjaśnić wątpliwości z lekarzem. Poniższe pytania służą do zebrania informacji koniecznych do wybrania właściwego sposobu leczenia.

..... PESEL 

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

Nazwisko, imię pacjenta

Waga.....Wzrost.....Grupa krwi.....

Jaki był ostatni pomiar ciśnienia krwi .....

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? (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 występują u Pana(i):

duszność TAK  NIE

obrzęki TAK  NIE

pokrzywka TAK  NIE

swędzenie TAK  NIE

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

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

Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca? TAK  NIE

Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób?

**choroby serca** (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego) TAK  NIE

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

**choroby naczyń krwionośnych** (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle podudzi przy chodzeniu) TAK  NIE

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

**choroby układu pokarmowego** (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit) TAK  NIE

**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** (ból korzonkowy, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach) TAK  NIE

**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

**zmiany nastroju** (depresja, nerwica) TAK  NIE

**choroby zakaźne** TAK  NIE

    żółtaczką zakaźną A      TAK  NIE       AIDS      TAK  NIE

    żółtaczką zakaźną B      TAK  NIE       gruźlica      TAK  NIE

    żółtaczką zakaźną C      TAK  NIE       ch. weneryczne      TAK  NIE

**choroba reumatyczna**      TAK  NIE       **osteoporoza**      TAK  NIE

**opryszczka**      TAK  NIE

**choroby skóry** (łuszczyca, bielactwo, AZS, fotodermatozy) TAK  NIE

Inne dolegliwości, jeśli tak to jakie? .....

Czy Pan(i) źle słyszy? TAK  NIE

Czy był(a) Pan(i) szczepiony (a) przeciw WZW B? TAK  NIE

Czy korzystał(a) Pan(i) w ostatnim m-cu z usług gabinetu stomatologicznego? TAK  NIE

    Jeśli tak to gdzie i kiedy: .....

Czy korzystał(a) Pan(i) w ostatnim m-cu z zabiegów medycyny estetycznej? TAK  NIE

    zabieg wykonany przez kosmetologa  zabieg wykonany przez lekarza medycyny estetycznej

    Kiedy, jaki zabieg: .....

Czy korzystał(a) Pan(i) w ostatnim m-cu z usług gabinetu okulistycznego? TAK  NIE

    Jeśli tak to gdzie i kiedy: .....

Czy korzystał(a) Pan(i) w ostatnim m-cu z usług fryzjera/kosmetyczki/salonu tatuażu? TAK  NIE

    Jeśli tak to gdzie i kiedy: .....

Czy był(a) Pan(i) 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? TAK  NIE  Okazjonalnie   
Jeśli tak, to ile i od kiedy: .....
- Czy pije Pan(i) alkohol? TAK  NIE  Okazjonalnie   
Czy pił(a) Pan(i) alkohol w ciągu ostatnich 24 h? TAK  NIE   
Czy zażywa Pan(i) środki uspakajające, nasenne, narkotyki? TAK  NIE  Okazjonalnie   
Jeśli tak to jakie: .....
- Czy przyjmował(a) Pan(i) tetracykliny, izotretynoinę (Accutane, Izotek) TAK  NIE   
Jeśli tak, to proszę podać datę ostatniego przyjęcia leku .....
- Czy w ostatnim czasie (6 mcy) nastąpił u Pana(i) znaczny wzrost/spadek wagi? TAK  NIE   
Jeśli tak, to jaki:.....
- Czy przyjmuje Pan(i) jakieś witaminy, zioła, suplementy diety? TAK  NIE   
Jeśli tak, to jakie:.....
- Czy w obrębie skóry przeznaczonej do zabiegu pojawił się kiedykolwiek stan zapalny, infekcja? TAK  NIE   
Czy ma Pan(i) skłonność do nieprawidłowego gojenia i tworzenia się blizn? TAK  NIE   
Czy często się Pan(i) opala? TAK  NIE

**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   
Czy karmi Pani piersią? TAK  NIE   
Czy występowały u Pani zaburzenia hormonalne, np. zespół policystycznych jajników? TAK  NIE   
Inne:.....

**Data i czytelny podpis pacjenta** .....

Wypełnić w przypadku kontynuacji zabiegów:

Powyższe oświadczenie dot. stanu mojego zdrowia jest nadal aktualne na dzień:.....

Uzupełniam oświadczenie o następujące dane (wpisać jeśli dotyczy): .....

.....

Data i czytelny podpis pacjenta składany podczas kolejnego zabiegu, wykonanego dn.: .....

Powyższe oświadczenie dot. stanu mojego zdrowia jest nadal aktualne na dzień:.....

Uzupełniam oświadczenie o następujące dane (wpisać jeśli dotyczy): .....

.....

Data i czytelny podpis pacjenta składany podczas kolejnego zabiegu, wykonanego dn.: .....

Powyższe oświadczenie dot. stanu mojego zdrowia jest nadal aktualne na dzień:.....

Uzupełniam oświadczenie o następujące dane (wpisać jeśli dotyczy): .....

.....

Data i czytelny podpis pacjenta składany podczas kolejnego zabiegu, wykonanego dn.: .....

Powyższe oświadczenie dot. stanu mojego zdrowia jest nadal aktualne na dzień:.....

Uzupełniam oświadczenie o następujące dane (wpisać jeśli dotyczy): .....

.....

Data i czytelny podpis pacjenta składany podczas kolejnego zabiegu, wykonanego dn.: .....