

Dotazník pro pacienta (zákonného zástupce)

Pacient: <i>jméno, příjmení</i>	Rodné číslo, případně datum narození:
Zákonný zástupce (opatrovník): <i>jméno, příjmení, bydliště, vztah k pacientovi, způsob prokázání zákonného zastoupení</i>	Rodné číslo, případně datum narození:

Prosíme Vás o odpověď na následující otázky:

Výška:	Hmotnost:
--------	-----------

Vzor vyplnění: Zakroužkujte správnou odpověď'	ANO	NE
1. Vyhledal(a) jste v poslední době lékařské ošetření? Pokud ano, s jakým onemocněním?	ANO	NE
2. Jaké léky v současné době pravidelně užíváte?		
3. Byl(a) jste někdy operován(a)? Jakou operaci jste prodělal(a) a kdy?	ANO	NE
4. Byla Vám podána anestezie?	ANO	NE
5. Snesl/a jste anestezii dobře?	ANO	NE
6. Vyskytly se během/po anestezii nějaké komplikace? Jaké?	ANO	NE
7. Došlo u Vašich pokrevních příbuzných ke komplikaci související s anestezí? O jakou komplikaci se jednalo?	ANO	NE
8. Objevilo se po vypití kávy, Coca Coly či jiného nápoje s kofeinem trnutí úst?	ANO	NE
9. Dostal(a) jste někdy krevní transfuzi?	ANO	NE
Měl(a) jste při aplikaci krve nějakou komplikaci?	ANO	NE
Jakou?		
10. Léčíte se pro onemocnění srdce? Jakou srdeční chorobou trpíte?	ANO	NE
U infarktu myokardu uveďte měsíc/rok:		
11. Léčíte se pro vysoký nebo nízký krevní tlak?	ANO	NE
12. Trpíte onemocněním cév? (např. křečové žíly, záněty žil, žilní trombóza) Užíváte léky ovlivňující srážlivost krve? Jaké	ANO	NE
13. Trpíte onemocněním plic nebo dýchacích cest? (např. TBC, rozedma plic, astma, CHOPN)	ANO	NE
14. Trpíte onemocněním svalů nebo svalovou slabostí?	ANO	NE
15. Trpíte onemocněním jater? (např. žloutenka, cirhóza)	ANO	NE
16. Trpíte onemocněním ledvin? (např. častými záněty, ledvinovými kameny)	ANO	NE

17. Máte cukrovku? Co užíváte na snížení hladiny cukru v krvi?	ANO	NE
18. Trpíte onemocněním očí? (např. šedý zákal, zelený zákal)	ANO	NE
19. Trpíte neurologickým onemocněním? (např. epilepsií, obrnou, poruchou hybnosti končetin)	ANO	NE
20. Trpíte duševní poruchou? (např. deprese, schizofrenie).....	ANO	NE
21. Trpíte onemocněním kloubů, kostí a páteře? (např. bolesti zad, výhřez ploténky, zlomeniny, revmatoidní artritida, polyartritida, artróza velkých kloubů)	ANO	NE
22. Trpíte onemocněním krve? (např. poruchy srážení, spontánní tvorba modřin, trombofilní stavy) Užíváte léky ovlivňující srážlivost krve /funkci krevních destiček? Jaké.....	ANO	NE
23. Trpíte nádorovým onemocněním?	ANO	NE
24. Trpíte onemocněním štítné žlázy, hrtanu?	ANO	NE
25. Trpíte poruchou imunity, HIV, AIDS	ANO	NE
26. Máte jiné, dosud neuvedené choroby? Jaké?	ANO	NE
27. Trpíte alergií? Na léky - jaké?	ANO	NE
Jiné látky - jaké?		
Potraviny - jaké?		
Jak se alergie projevila?		
28. Máte snímatelnou zubní protézu?	ANO	NE
29. Kouříte? Kolik denně?	ANO	NE
30. Pijete alkohol? NE <input type="checkbox"/> ZŘÍDKA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PRAVIDELNĚ		
31. Užíváte často léky na spaní? Jaké?.....	ANO	NE
32. Jen pro ženy: Jste těhotná?	ANO	NE
33. Máte dechové potíže při námaze?	ANO	NE
34. Vyjdete po schodech bez zastavení do 2. patra?	ANO	NE
35. Máte Herpes nebo pásový opar?	ANO	NE
36. Jste nyní nachlazen/a?	ANO	NE

Datum:	Hodina	Podpis pacienta/ky nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Vezměte, prosím, tento tiskopis s sebou ke zdravotnímu výkonu.



28062