

ANKIETA - INFORMACJA O STANIE ZDROWIA PACJENTA

DANE OSOBOWE PACJENTA:

Imię:..... Telefon:

Nazwisko: Pesel:

Wiek:.....lat Wzrost: cm Waga: kg

E-mail:

Pełna nazwa rozpoznania lub kod ICD-10:

(Wszystkie podane w niniejszym oświadczeniu informacje są objęte tajemnicą lekarską i służą jedynie trosce o Państwa bezpieczeństwo. Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. W przypadku trudności z odpowiedzią proszę pominąć pytanie i przed udzieleniem odpowiedzi wyjaśnić wątpliwości z wykonującym zabieg lub lekarzem prowadzącym).

Wypełnia pacjent:

Właściwą odpowiedź zaznaczamy przez zakreślenie odpowiedniego pola: TAK NIE

1. Czy aktualnie jest prowadzona u Pana/Pani chemioterapia? TAK NIE

Jeśli **TAK** proszę podać datę ostatniego wlewu:

.....

Jeśli **TAK** proszę podać datę planowanej następnej terapii:

.....

2. Czy była lub jest prowadzona radioterapia (naświetlania)? TAK NIE

Jeśli **TAK**, proszę podać naświetlaną okolicę:

.....

3. Czy był kiedykolwiek u Pana/Pani zakładany centralny dostęp naczyniowy? TAK NIE

Jeśli **TAK**, to proszę zaznaczyć czy:

- był zakładany krótkoterminowo, czyli np. przy operacji w szpitalu?

- był to port naczyniowy

- był to cewnik dializacyjny

4. Czy ma Pan/Pani zaimplantowany stymulator (rozsusznik) serca/defibrylator? TAK NIE

Jeśli **TAK**, to czy rozsusznik był wymieniany:

Jeśli **TAK**, to czy były trudności podczas operacji:

5. Czy choruje Pani/Pan na choroby przewlekłe? TAK NIE

Jeśli **TAK**, to na jakie:

.....

6. Czy przyjmuje Pani/Pan leki? TAK NIE

Jeśli **TAK**, to jakie?

7. Czy występuje u Pani/Pana alergia na jakiegokolwiek leki? TAK NIE

Jeśli **TAK**, to na jakie?

8. Czy występuje u Pani/Pana alergia na lignokainę i pochodne? TAK NIE

9. Czy cierpi Pani/Pan na klaustrofobię? TAK NIE

10. Czy był Pani/Pan kiedykolwiek operowany? TAK NIE

Jeśli **TAK**, to jakie operacje były wykonane?

.....

Jeśli istnieją inne informacje na temat Pani/Pana zdrowia, które nie zostały ujęte w powyższych pytaniach, prosimy omówić je z lekarzem podczas konsultacji.

Wypełnia lekarz z pacjentem:

1. Brak świadomej zgody pacjenta? TAK NIE

2. Małopłytkowość ; PLT < 75G/L – wymaga przetoczenia PLT w szpitalu? TAK NIE

3. Neutropenia- poziom neutrocytów <1000 G/l-
wymaga podania stymulatora wzrostu krwinek? TAK NIE

4. Zaburzenia krzepnięcia krwi lub przyjęcie leków p/krzepliwych
lub p/płytkowych w dniu planowego zabiegu? TAK NIE

5. Zakażenie lub wysypka na skórze klatce piersiowej? TAK NIE

6. Blizny po oparzeniach, naświetlaniach lub przebytych zabiegach? TAK NIE

7. Czynna infekcja? TAK NIE

8. Patologiczna otyłość / skrajne wychudzenie? TAK NIE

9. Obecność stymulatora/kardiowertera? TAK NIE

10. Przebyte kaniulacje-ryzyko zwężenia naczyń- wskazane badanie USG doppler TAK NIE

11. Guz w śródpiersiu- guz prawego płuca, pakiety węzłów chłonnych,

duża tarczyca zamostkowa? TAK NIE

12. Zespół żyły głównej górnej? TAK NIE

13. Warunki socjalne (rozmowa z lekarzem)

Komentarz:

.....
data

.....
podpis pacjenta

.....
podpis lekarza