

DOTAZNÍK PRO NOVOU PACIENTKU

Titul, jméno, příjmení: Pojišťovna (číslo):
Rozená: Rodné číslo:
Adresa vč. PSČ: Datum narození:
..... Telefon (domů):
Rodinný stav: Mobilní telefon:
Profese: Telefon (zaměstnání):
Zaměstnavatel: Email:

RODINNÁ ANAMNEZA - vyskytla se u někoho z Vašich blízkých příbuzných některá z těchto onemocnění? Pokud ano, zaškrtněte příslušnou chorobu (člena rodiny blíže specifikujte).

- vysoký krevní tlak
- srdeční onemocnění
- mozková mrtvice
- epilepsie
- nádorové onemocnění
- choroby ledvin
- poruchy krvácivosti
- vícečetné těhotenství
- onemocnění štítné žlázy
- vrozené vady
- cukrovka
- onemocnění prsu

OSOBNÍ ANAMNEZA - léčila jste se někdy s následujícími obtížemi?

- časté nebo silné bolesti hlavy ANO NE
- vysoký krevní tlak ANO NE
- srdeční onemocnění ANO NE
- astma, chronická bronchitida ANO NE
- epilepsie ANO NE
- cukrovka ANO NE
- vysoká hladina krevních tuků (cholesterolu) ANO NE
- tromboza, embolie ANO NE
- plané neštovice ANO NE
- je-li Vám 50 a více let, bylo Vám v posledním roce provedeno vyšetření stolice na okultní krvácení ANO NE
- máte zájem o vyšetření TOKS (vyšetření stolice) ANO NE
- je-li Vám 50 a více let, bylo Vám v posledním roce provedeno denzitometrické vyšetření ANO NE
- máte zájem o vyšetření osteoporózy ANO NE
- máte zájem o vyšetření genetických testů na riziko onkologických onemocnění žen, trombofilních stavů ANO NE
- jiné vážnější nemoci - napište
- onemocnění prsu ANO NE
- onemocnění žlučníku ANO NE
- onemocnění štítné žlázy ANO NE
- opakované infekce močových cest ANO NE
- onemocnění jater (inf. žloutenka, mononukleosa) ANO NE
- nádorové onemocnění ANO NE
- anemie (chudokrevnost) ANO NE
- máte zájem o očkování proti chřipce ANO NE
- byla jste očkována proti žloutence typu A, typu B ANO NE

PRODĚLALA JSTE NĚJAKÉ OPERACE - uveďte v časovém sledu

	Rok	Druh operace	Nemocnice	Případné komplikace
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

GYNEKOLOGICKÁ LÉČBA

- ošetření čípku děložního (konizace)
- hormonální léčba nepravid. cyklu
- zákroky pro neprav. krvácení (kyretáž)
- hluboký gyn. zánět s teplotami
- cysty na vaječnicích
- opakované výtoky
- léčba neplodnosti
- jiné

VAŠE PŘEDCHOZÍ TĚHOTENSTVÍ - uveďte v časovém sledu

PORODY				PŘERUŠENÉ TĚHOTENSTVÍ					
Rok	Pohlaví	Váha	Druh porodu*	Rok	Potrat	Rok	Mimoděložní těh.	Rok	Samovolný potrat
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									

* samovolný, císařský řez, předčasný, komplikovaný + uveďte týden

Váha: Výška: BMI (doplň sestra):

ANTI-KONCEPCE

- užívala jste někdy hormonální antikoncepci ANO NE
- nitroděložní tělísko ANO NE
- užíváte nyní nějakou antikoncepci ANO NE Napište jakou

UŽÍVÁTE PRAVIDELNĚ NĚJAKÉ LÉKY?

ANO NE Napište na jaké

ALERGIE: Jste alergická na nějaké léky?

ANO NE Napište na jaké

TRANSFUZE

- dostala jste někdy krevní transfuzi ANO NE
- komplikace ANO NE

KOUŘÍTE?

ANO NE Kolik cigaret denně

MÁTE NĚKDY PROBLÉMY S ÚNIKEM MOČI?

- při kašli, smichu, zvedání břemen ANO NE
- jen časté nucení na močení ANO NE
- máte zájem o urodynamické vyšetření ANO NE

MĚSÍČKY máte od let, asi po dnech a trvají asi dní.

- jsou výrazně bolestivé ANO NE
- velmi silné ANO NE
- poslední měsíčky začaly

Přibližné datum poslední preventivní prohlídky:

Předchozí gynekologická péče (lékař):

Jak jste se dozvěděla o našem pracovišti?

Vaše současné obtíže, důvod návštěvy:

PŘEJETE SI, ABY U VAŠEHO VYŠETŘENÍ BYLA PŘÍTOMNA SESTRA?

rozhodně ano spíše ano je mi to jedno spíše ne rozhodně ne

V OLOMOUCI DNE ČAS PODPIS PACIENTKY

Dovolujeme si upozornit, že u některých vyšetření je přítomnost sestry nezbytná. Pokud budete někdy v budoucnu považovat přítomnost sestry za nežádoucí, sdělte to lékaři. G-centrum Olomouc, s.r.o. se zavazuje, že ke všem získaným údajům přistupuje přísně důvěrně a se všemi poskytnutými daty zachází v souladu se Zákonem "O ochraně osobních údajů" č. 101/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů.