



## INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA PACJENTA

Wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą lekarską i służą trosce o bezpieczeństwo pacjenta. 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.

### Dziecko

|                          |   |
|--------------------------|---|
| .....<br>Imię i nazwisko | .....<br>Numer PESEL lub nr dowodu tożsamości |
|--------------------------|---|

Czy pacjent czuje się ogólnie zdrowy? TAK / NIE

Czy pacjent w ciągu ostatnich 2lat leczył się w szpitalu? TAK / NIE

Jeśli tak, z jakiego powodu .....

Czy pacjent był operowany? TAK / NIE

Jeśli tak, z jakiego powodu?.....

Czy pacjent aktualnie się na coś leczy? TAK / NIE

Jeśli tak, na co? .....

Czy pacjent przyjmuje jakieś leki? TAK / NIE

Jeśli tak, jakie? .....

Czy pacjent jest na coś uczulony? TAK / NIE

Jeśli tak, na co? .....

Czy u pacjenta stwierdzono niedobory witamin? TAK / NIE

Jeśli tak, to jakich? .....

Czy pacjent jest szczepiony zgodnie z kalendarzem szczepień? TAK / NIE

Czy występują u pacjenta:

|           |           |           |           |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| duszność  | TAK / NIE | obrzęki   | TAK / NIE |
| pokrzywka | TAK / NIE | swędzenie | TAK / NIE |

Czy u pacjenta występuje skłonność do krwawień? TAK / NIE

Czy u pacjenta wystąpiły epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności? TAK / NIE

Czy pacjent choruje/chorował na któreś z następujących chorób:

|  |           |   |           |
|--|-----------|---|-----------|
| <b>Choroby serca</b> (np. wada serca, choroba wieńcowa, zapalenie mięśnia sercowego) | TAK / NIE | <b>Choroby układu pokarmowego</b> (np. choroba wrzodowa żołądka, choroby jelit) | TAK / NIE |
| <b>Inne choroby układu krążenia</b> (np. nadciśnienie, niskie ciśnienie)             | TAK / NIE | <b>Choroby wątroby</b> (np. kamica, żółtaczka)                                  | TAK / NIE |



|   |           |   |           |
|---|-----------|---|-----------|
| <b>Choroby naczyń krwionośnych</b> (np. zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn) | TAK / NIE | <b>Choroby układu moczowego</b> (np. zapalenie nerek, kamica nerkowa) | TAK / NIE |
| <b>Choroby układu oddechowego</b> (np. astma, rozedma)                        | TAK / NIE | <b>Choroby układu kostno-stawowego</b>                                | TAK / NIE |
| <b>Choroby tarczycy</b> (np. nadczynność, niedoczynność)                      | TAK / NIE | <b>Choroby krwi i układu krzepnięcia</b> (np. hemofilia, anemia)      | TAK / NIE |
| <b>Choroby układu nerwowego</b> (np. padaczka, niedowład, zaburzenia czucia)  | TAK / NIE | <b>Zmiany nastroju</b> (depresja, nerwica)                            | TAK / NIE |
| <b>Choroby oczu</b> (np. jaskra)  | TAK / NIE | <b>Cukrzyca</b>   | TAK / NIE |
| <b>Choroby dermatologiczne</b>  | TAK / NIE |   |           |

**Choroby zakaźne:**

|                     |           |          |           |
|---------------------|-----------|----------|-----------|
| Żółtaczką zakaźną A | TAK / NIE | HIV      | TAK / NIE |
| Żółtaczką zakaźną B | TAK / NIE | Gruźlica | TAK / NIE |
| Żółtaczką zakaźną C | TAK / NIE |          |           |

Czy u pacjenta stwierdzono:

|                                    |           |      |           |
|------------------------------------|-----------|------|-----------|
| Spektrum autyzmu                   | TAK / NIE | ADHD | TAK / NIE |
| Zaburzenia integracji sensorycznej | TAK / NIE |      |           |

**OŚWIADCZENIE:**

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą. Wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się zgłosić w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu.

**Dziecko**

|                          |   |
|--------------------------|---|
| .....<br>Imię i nazwisko | .....<br>Numer PESEL lub nr dowodu tożsamości |
|--------------------------|---|

**Rodzic/Opiekun prawny**

|                          |   |
|--------------------------|---|
| .....<br>Imię i nazwisko | .....<br>Numer PESEL lub nr dowodu tożsamości |
|--------------------------|---|

Wrocław, dn. ....

.....

Podpis