

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Centrum Medyczne „Piaski Nowe”

PESEL, \_\_\_\_\_ data ur. \_\_\_\_\_

ul.Bochenka 16/5-6, 30-693 Kraków

Adres zamieszkania \_\_\_\_\_

NIP 6793040077, Tel 12 4431264

Stan cywilny: \_\_\_\_\_

12-02026/01/001

Dane kontaktowe: \_\_\_\_\_

(tel. stacjonarny, komórkowy, mail, skype, gg itp.)

Uprawnienia\*:

- Honorowy dawca krwi (ZK), nr leg.: \_\_\_\_\_
- Inwalida wojskowy (IW), nr leg.: \_\_\_\_\_
- Inwalida wojenny (IB), nr leg.: \_\_\_\_\_
- Inne – zaznacz jakie: chory na azbestozę (AZ), żołnierz zawodowy (WP), żołnierz zas. sł. wojsk. (PO), kobieta w ciąży, porodu i połogu (CN), osoba represjonowana

#### I. **WARUNKI MIESZKANIOWE\***:

Dom jednorodzinny, dom wielorodzinny, mieszkanie (które piętro, ile pokoi), woda bieżąca/ze studni, CO/piec kaflowy, kuchnia gazowa/elektryczna/węglowa, WC w pomieszczeniu/na zewnątrz, łazienka. Podaj liczbę współmieszkańców i stopień pokrewieństwa \_\_\_\_\_.

#### II. **WARUNKI PRACY**

Jakie masz wykształcenie? Gdzie pracujesz, w jakim zawodzie i na jakim stanowisku, jaki jest Twój staż pracy?

#### III. **CHOROBY PRZEWLEKŁE**

Czy chorujesz na choroby przewlekłe. Jeśli tak, proszę uzupełnić odpowiednie rubryki informacjami nt. chorób przewlekłych (przykłady podane zostały w nawiasach) oraz kiedy zostały rozpoznane/od kiedy na nie chorujesz):

1. **Choroby układu krążenia** (np. nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa serca, niewydolność serca, wady zastawkowe, migotanie przedsionków, inne arytmie, miażdżyca, tętniaki, żylaki, hemoroidy itp.)
2. **Choroby metaboliczne i endokrynologiczne** (np. cukrzyca typu 1 lub 2, choroby przysadki, tarczycy, przytarczyc, nadnerczy, nadwaga, otyłość, ginekomastia, hirsutyzm itp.).
3. **Choroby nowotworowe** (np. rak mózgu, krtani, płuca, sutka, żołądka, wątroby, trzustki, jelita grubego, kości, nerki, prostaty, jajnika, macicy, szyjki macicy, skóry, czerniak itp.)
4. **Choroby układu oddechowego** (np. astma oskrzelowa, przewlekła obturacyjna choroba płuc [POChP], przewlekłe stany zapalne zatok, ucha, gardła, migdałków lub krtani, alergiczny nieżyt nosa itp.).
5. **Choroby układu pokarmowego** (np. choroba refluksowa, choroba wrzodowa, zespół jelita nadwrażliwego, choroba Leśniewskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, choroby wątroby, kamica pęcherzyka żółciowego, przewlekłe zapalenie trzustki, nieotrzymanie stolca itp.).
6. **Choroby układu krwiotwórczego** (np. anemia, zaburzenia krzepnięcia, białaczki, chłoniaki itp.).
7. **Choroby układu moczowego i rozrodczego** (np. przewlekła niewydolność nerek, przewlekłe zapalenia nerek, zespół nerczycowy, kamica nerek, torbiele nerek, nieotrzymanie moczu, u kobiet: choroby jajników, macicy, u mężczyzn: przerost prostaty, choroby jąder itp.).
8. **Choroby reumatologiczne** (np. wady postawy, choroba zwyrodnieniowa stawów, osteoporoza, dna moczanowa, zesztyniające zapalenie stawów kręgosłupa, reumatoidalne zapalenie stawów, fibromialgia, toczeń rumieniowaty układowy, twardzina układowa zapalenie wielomięśniowe, zespół Sjogrena, itp.)

\* zaznacz właściwe

9. **Choroby skóry** (przewlekłe owrzodzenia, trądzik, łuszczyca, grzybica, atopowe zapalenie skóry, rumień guzowaty, rumień wielopostaciowy, pokrzywki, pęcherzyca, brodawki, itp.).
10. **Choroby psychiczne, układu nerwowego i narządów zmysłów** (np. nerwica, depresja, zaburzenia lękowe, schizofrenia, bulimia, anoreksja, otępienie [demencja], migrena, zawroty głowy, padaczka, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, wady wzroku, jaskra, zaćma, alergiczne zapalenia spojówek, niedosłuch itp.).
11. **Choroby zakaźne i pasożytnicze** (przewlekłe wirusowe zapalenia wątroby m. In. t. B lub C, cytomegalia, kiła, rzeżączka, zakażenie HIV, owsica, wszawica, glistnica itp.).
12. **U kobiet - wywiad ginekologiczny** (w jakim wieku wystąpiła pierwsza miesiączka, czy miesiączki występują regularnie [co ile dni, ile dni trwają], w jakim wieku wystąpiła ostatnia miesiączka, ile było ciąż, ile było porodów, w jaki sposób rozwiązane [poród siłami natury, cesarskie cięcie]).

#### **IV. PRZEBYTE CHOROBY, URAZY, HOSPITALIZACJE I ZABIEGI OPERACYJNE**

Jakie choroby/urazy przebyłeś(aś) w przeszłości (np. zawał mięśnia sercowego, udar mózgu, tzw. żółtaczkę, inne choroby zakaźne, złamania, wypadku komunikacyjne itp.) Czy kiedykolwiek przebywałeś(aś) w szpitalu (kiedy i z jakiego powodu, proszę podać nazwę oddziału, rozpoznanie); miałeś(aś) wykonywane zabiegi operacyjne (kiedy, jakiego rodzaju i z jakiego powodu)?

#### **V. SANATORIA**

Czy kiedykolwiek byłeś(aś) leczony(a) w sanatorium (kiedy i gdzie)?

#### **VI. REHABILITACJA**

Czy kiedykolwiek byłeś(aś) objęty(a) leczeniem rehabilitacyjnym (gdzie [oddział/poradnia], kiedy i z jakiego powodu)?

#### **VII. WYWIAD RODZINNY**

Czy w Twojej rodzinie występują(owały) choroby alergiczne (jakie i u kogo) lub dziedziczne (genetyczne)? Na co leczą się najbliżsi (dziadkowie, rodzice, rodzeństwo, dzieci)? Jeśli miały miejsce zgony wśród najbliższych, to u kogo, w jakim wieku i z jakich powodów?

#### **VIII. NAŁOGI**

##### **1. Papierosy i wyroby tytoniowe**

Czy w palisz papierosy? Jeśli tak, to od ilu lat, ile papierosów dziennie? Czy podejmowałeś(aś) próby zaprzestania palenia papierosów (ile)? Jeśli już nie palisz, to od ilu lat, ile lat i ile papierosów dziennie paliłeś(aś) zanim „rzuciłeś(aś)” palenie? Czy stosujesz inne wyroby tytoniowe (fajka, tabaka)?

##### **2. Alkohol**

Ile razy w tygodniu pijesz alkohol? Jaki rodzaj alkoholu pijasz - piwo, wino, wódka, drinki itp.? Jaką ilość alkoholu przeciętnie wypijasz? Czy masz lub miałeś(aś) tzw. problem alkoholowy? Czy brałeś(aś) udział w leczeniu odwykowym (kiedy, z jakim rezultatem)?

##### **3. Narkotyki**

Czy używasz narkotyków? Jaki rodzaj narkotyków stosujesz? Czy brałeś(aś) udział w leczeniu odwykowym (kiedy, z jakim rezultatem)?

##### **4. Inne uzależnienia**

Czy jesteś uzależniony(a) od innych substancji np. leków uspokajających, nasennych itp.?

#### **IX. UCZULENIA I NIETOLERANCJE**

Czy jesteś uczulony(a) na leki (jakie) lub źle tolerujesz jakieś preparaty? Czy jesteś uczulony(a) na jakieś substancje lub je źle tolerujesz? Jeśli tak, to wymień jakie (pyłki drzew, traw, sierść zwierząt, roztocza kurzu domowego, alergeny pokarmowe [białko jaja kurzego, orzechy, czekolada itp.], metale, kosmetyki itp.).

\* zaznacz właściwe

**X. SZCZEPIENIA I SUROWICE**

Czy szczepiłeś się przeciwko jakimś chorobom (np. WZW t. A lub B, grypie, odkleszczowemu zapaleniu mózgu, pneumokokom, meningokokom)? Jeśli tak, to kiedy, ile razy i jakim preparatem (możesz dołączyć ksero karty lub książeczki szczepień). Czy kiedykolwiek podawano Ci surowice (np. przeciwko tężcowi, jadowi żmii, WZW t. B)? Jeśli tak to jaką i kiedy?

**XI. AKTUALNIE STOSOWANE LEKI**

Podaj wszystkie aktualnie stosowane leki z informacją o postaci (tabl., kaps., syrop, czopek, zastrzyk, spray), dawce i porze lub częstotliwości stosowania. Uwzględnij również preparaty kupowane bez recepty (witaminy, suplementy diety itp.)

Lp.	Nazwa	Postać	Dawka	Rano	Południe	Wieczór	Noc	Uwagi
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Podpis pacjenta