

1

Informacje o Pacjencie

Patient's data

Imię Nazwisko
Name Family name

Numer PESEL Data urodzenia
PESEL number Date of birth

Adres zamieszkania
Place of residence

Ulica, numer domu i mieszkania
Street, building and apartment number

Miejscowość Kod pocztowy
Place of residence Zip code

Numer telefonu
Telephone number

2

Kwestionariusz medyczny

Medical questionnaire

Wiek Waga
Age Weight

Czy znajdowała się Pani/Pan ostatnio pod opieką lekarską z powodu choroby? Tak Nie
Have you recently been under medical care owing to any disease? Yes No

Czy jest Pani w ciąży? Tak Nie
Are you pregnant? Yes No

Data ostatniej miesiączki - -
Date of last menstruation

Czy przyjmuje Pani/Pan stale jakieś lekarstwo? Tak Nie
Have you been taking any drugs regularly? Yes No

Proszę wymienić jakie?
Please specify what?

Czy brała/brat Pani/Pan w ciągu ostatnich 10 dni leki przeciw grypowe, przeciwbólowe, obniżające krzepliwość, przeciwreumatyczne? Tak Nie
Have you taken any anti-flu, analgesic, coagulability reducing, anti-rheumatic drugs for the last 10 days? Yes No

Proszę wymienić jakie?
Please specify what?

Jakie operacje przebyła/przebył Pani/Pan dotychczas? Tak Nie
Have you undergone any surgeries? Yes No

Proszę wymienić jakie?
Please specify what?

Czy w związku przebytymi operacjami wydarzyło się coś szczególnego? Tak Nie
Has anything particular happened in relation to any of those surgeries? Yes No

Proszę wymienić co?
Please specify what?

Czy krewni Pani/Pana mieli jakieś powikłania związane ze znieczuleniem? Tak Nie
Have your relatives had any complications related to anaesthesia? Yes No

Czy miała/miał Pani/Pan przetaczaną krew? Tak Nie
Have you ever had a blood transfusion? Yes No

Czy przy przetaczaniu krwi pojawiły się jakieś komplikacje?
Have you had any complications related to blood transfusion?

Tak Nie
Yes No

Czy jest Pani/Panu wiadomo, że chorowała/chorował lub choruje Pani/Pan na którąś z podanych poniżej chorób?
Are you aware that you suffered from any of the following diseases?

Choroby mięśni, wiotkość mięśni?
Muscle diseases, muscle flaccidity?

Tak Nie
Yes No

Czy wiotkość mięśni występowała, występuje u krewnych?
Did or do any of your relatives suffer from muscle flaccidity?

Tak Nie
Yes No

Choroby serca: zawał mięśnia sercowego?
Heart diseases: myocardial infarction?

Tak Nie
Yes No

Proszę wymienić jakie?
Please specify what?

Choroba wieńcowa?
Coronary heart disease?

Tak Nie
Yes No

Wada serca?
Heart defect?

Tak Nie
Yes No

Zapalenie mięśnia sercowego?
Myocarditis?

Tak Nie
Yes No

Zaburzenia rytmu serca?
Arrhythmia?

Tak Nie
Yes No

Inne?
Other?

Tak Nie
Yes No

Proszę wymienić jakie?
Please specify what?

Czy choruje Pani/Pan na nadciśnienie tętnicze?
Have you been suffering from arterial hypertension?

Tak Nie
Yes No

Choroby płuc i dróg oddechowych (gruźlica, pylica, zapalenie płuc, rozedma, astma, oskrzelowa, POChP)?
Lung diseases and respiratory tract diseases (tuberculosis, coniosis, pneumonia, pulmonary emphysema, bronchial asthma, COPD)?

Tak Nie
Yes No

Choroby wątroby (np. żółtaczką, marskość wątroby i inne)?
Liver diseases (e.g. jaundice, cirrhosis and other)?

Tak Nie
Yes No

Proszę wymienić jakie?
Please specify what?

Czy ma Pani/Pan żylaki kończyn dolnych (nóg)?
Have you been suffering from varices of lower limbs (legs)?

Tak Nie
Yes No

Czy przebyła/przebył Pani/Pan zapalenie żył?
Have you suffered from vein inflammation?

Tak Nie
Yes No

Czy przebyła/przebył Pani/Pan zatorowość płuc?
Have you suffered from pulmonary thromboembolism?

Tak Nie
Yes No

Choroby nerek (np. zapalenie, kamica, inne)?
Kidney diseases (e.g. inflammations, lithiasis, other)?

Tak Nie
Yes No

Proszę wymienić jakie?
Please specify what?

Zaburzenia przemiany materii (np. cukrzyca)?
Metabolism disorders (e.g. diabetes)?

Tak Nie
Yes No

Choroby tarczycy (np. niedoczynność, nadczynność, powiększenie tarczycy, inne)?
Thyroid diseases (e.g. hypofunction, hyperfunction, thyroid enlargement, other)?

Tak Nie
Yes No

Proszę wymienić jakie?
Please specify what?

Czy przyjmuje Pani/Pan leki hormonalne w tym środku antykoncepcyjne? Tak Nie
Have you been taking any hormonal drugs including contraceptives? Yes No

Choroby oczu (np. jaskra, zaćma, inne)? Tak Nie
Eye diseases (e.g. glaucoma, cataract, other)? Yes No

Choroby układu nerwowego (np. padaczka, SM, ch. Parkinsona, niedowład, inne)? Tak Nie
Nervous system diseases (e.g. epilepsy, SM, Parkinson's disease, paresis, other)? Yes No

Czy była/był Pani/Pan leczona z powodu chorób psychicznych (np. nerwicy, depresji inne)? Tak Nie
Have you been treated for mental diseases (e.g. neurosis, depression, other)? Yes No

Czy choruje Pani/Pan na choroby układu kostnego (kręgosłupa, stawów, inne)? Tak Nie
Have you been suffering from skeletal systems disease (spine, joints, other)? Yes No

Czy choruje Pani/Pan na owrzodzenie żołądka lub dwunastnicy? Tak Nie
Have you been suffering from gastric or duodenal ulcer? Yes No

Choroby krwi lub zaburzenia krzepnięcia krwi (np. skłonność do powstawania krwawiaków, krwawienia z nosa, inne)? Tak Nie
Blood diseases or blood clotting disorder (i.e. tendency to haematoma formations, nosebleeds, other)? Yes No

Czy przyjmuje Pani/Pan leki przeciwzakrzepowe: Aspiryna, Acard, Clexane, Frexiparine, Tielid, Sintrom, Acekumarol? Tak Nie
Have you been taking anticoagulant drugs: Aspirin, Acard, Clexane, Frexiparine, Tielid, Sintrom, Acekumarol? Yes No

Proszę wymienić jakie?
Please specify what?

Uczulenia (katar sienny, wysypki, nadwrażliwość na żywność lub leki lub plaster)? Tak Nie
Allergies (hay fever, exanthemas, food or drug or adhesive strip hypersensitivity)? Yes No

Proszę wymienić jakie?
Please specify what?

Czy choruje Pani/Pan na inną - nie wymienioną wyżej - chorobę? Tak Nie
Have you been suffering from any other diseases, not mentioned above? Yes No

Proszę wymienić jakie?
Please specify what?

Czy ma Pani/Pan protezy zębowe (np. koronki, mosty wyjmowane protezy, inne)? Tak Nie
Do you have dental prosthesis (i.e. laces, bridges, removable prostheses, other)? Yes No

Czy ma Pani/Pan ruszające się zęby? Tak Nie
Do you have mobile teeth? Yes No

Czy pali Pani/Pan regularnie? Tak Nie
Do you smoke regularly? Yes No

Czy pije Pani/Pan regularnie alkohol? Tak Nie
Do you drink alcohol regularly? Yes No

Czy jest Pan/Pani przyzwyczajony do jakichś lekarstw? Tak Nie
Are you used to any drugs? Yes No

Czy źle Pani/Pan słyszy? Tak Nie
Do you have any hearing difficulties? Yes No

Oświadczam, że podane powyżej informacje są zgodne z prawdą.
I declare that the aforementioned information is true and accurate.

- -
Data
Date

Podpis Pacjenta
Patient's signature