

### FORMULARZ DOTYCZĄCY HISTORII CHOROÓB

Odpowiedzi udzielone w tym formularzu pozwolą lekarzowi na lepsze zrozumienie Państwa stanu zdrowia i związanych z nim problemami. Proszę dopisać więcej informacji, jeśli uważają je Państwo za istotne. **WSZYSTKIE INFORMACJE PODANE W TYM FORMULARZU BĘDĄ UTRZYMYWANE W ŚCISŁEJ TAJEMNICY.**

Imię: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_

Główny powód wizyty: \_\_\_\_\_ Inne problemy: \_\_\_\_\_

#### **INFORMACJE dot. STYLU ŻYCIA – Proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania**

Zawód:	Rzucie tytoniu: <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Poziom wykształcenia:	Nadużywanie narkotyków: <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Jeśli tak, rodzaj:
Stan cywilny: <input type="checkbox"/> Stanu wolnego <input type="checkbox"/> Żonaty/zamężna <input type="checkbox"/> Rozwiedziony/a <input type="checkbox"/> Wdowiec/wdowa	Ilość partnerów seksualnych w ciągu ostatniego roku:
Orientacja seksualna: <input type="checkbox"/> Heteroseksualna <input type="checkbox"/> Homoseksualna <input type="checkbox"/> Biseksualna	Palenie papierosów: <input type="checkbox"/> Nigdy <input type="checkbox"/> Wcześniej <input type="checkbox"/> Obecnie
Spożycie alkoholu (ilość drinków na tydzień):	Liczba papierosów na dzień: _____ Palący/a przez lat: _____
Czy posiadasz dokument upoważniający osobę (z rodziny lub nie), aby podjęła za Ciebie decyzje medyczne, w chwili kiedy nie będziesz mógł/mogła ich podjąć? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem Czy potrzebujesz informacji jak przygotować ten dokument? <input type="checkbox"/> Tak	Czy ktoś w Twoim domu jest palaczem? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

**Proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania. Proszę zaznaczyć „ Żadne” jeśli pytania Państwa nie dotyczą**

**AKTUALNA LISTA LEKARSTW – Proszę wymienić WSZYSTKIE lekarstwa, jakie obecnie przyjmujesz, włącznie z lekarstwami wydawanymi bez recepty, naturalnymi lub ziołowymi**

Żadne

1.
2.
3.
4.
5.
6.

**UCZULENIA/WRAŻLIWOŚCI NA LEKI – Wymień uczulenia na lekarstwa i ich objawy**

Żadne

1.
2.

**DOTYCHCZASOWA INFORMACJA MEDYCZNA – Zaznacz odpowiednie pola, jeśli miałeś/aś, lub masz obecnie, któryś z wymienionych objawów, albo cierpiełeś/aś na którąś z wymienionych chorób.**

Żadne

<input type="checkbox"/> Alergie, sezonowe	<input type="checkbox"/> Problemy z uszami lub słuchem	<input type="checkbox"/> Osteoporoza
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Fibromialgia	<input type="checkbox"/> Reumatyczne zapalenie stawów (gościec stawowy)
<input type="checkbox"/> Nerwica	<input type="checkbox"/> Dna/skaza moczanowa	<input type="checkbox"/> Padaczka/epilepsja
<input type="checkbox"/> Artretyzm	<input type="checkbox"/> Bóle głowy/migreny	<input type="checkbox"/> Problemy seksualne
<input type="checkbox"/> Astma	<input type="checkbox"/> Zawał serca	<input type="checkbox"/> Duszności
<input type="checkbox"/> Choroba dwubiegunowa	<input type="checkbox"/> Choroby serca	<input type="checkbox"/> Anemia sierpowata
<input type="checkbox"/> Wady wrodzone i choroby dziedziczne	<input type="checkbox"/> Szmer sercowy	<input type="checkbox"/> Problemy ze skórą
<input type="checkbox"/> Niedostateczne krzepnięcie krwi	<input type="checkbox"/> Zapalenie wątroby	<input type="checkbox"/> Wylew
<input type="checkbox"/> Zatory	<input type="checkbox"/> Nadciśnienie	<input type="checkbox"/> Myśli dot. skrzywdzenia siebie/ innych
<input type="checkbox"/> Transfuzje krwi	<input type="checkbox"/> Wysoki cholesterol	<input type="checkbox"/> Problemy z tarczycą
<input type="checkbox"/> Rak/nowotwory	<input type="checkbox"/> Choroby nerek	<input type="checkbox"/> Urazy/rany
<input type="checkbox"/> Ból w klatce piersiowej	<input type="checkbox"/> Choroby wątroby	<input type="checkbox"/> Gruźlica
<input type="checkbox"/> Zatwardzenie	<input type="checkbox"/> Utrata pamięci/świadomości	<input type="checkbox"/> Wrzody lub inne problemy trawienne
<input type="checkbox"/> Depresja	<input type="checkbox"/> Choroba płuc/zapalenie płuc	<input type="checkbox"/> Problemy układu moczowego
<input type="checkbox"/> Cukrzyca	<input type="checkbox"/> Stwardnienie rozsiane	<input type="checkbox"/> Choroby oczu (Np. jaskra)

Jeśli zaznaczyłeś/aś którąś z powyższych odpowiedzi, podaj szczegóły:

**PROFILAKTYKA MEDYCZNA W PRZESZŁOŚCI – Jeśli miałeś/aś niedawno robione badania, proszę podać datę badania, oraz informację, czy wynik był w normie**

Żadne

Nazwa badania	Miesiąc / rok	Wynik w normie czy nie
<input type="checkbox"/> Badanie profilaktyczne jelita grubego (wymień które):		
<input type="checkbox"/> Mammografia		
<input type="checkbox"/> Wymaz/cytologia szyjki macicy		

**PLACÓWKI OPIEKI ZDROWOTNEJ – Wymień lekarzy, przychodnie i szpitale, w których byłeś/byłaś w przeciągu ostatnich 3 lat.**

Żadne

Nazwa przychodni, szpitala lub lekarza	Adres	Numer telefonu	Numer faksu

**INNE POBYTY W SZPITALU**

Żadne

Miesiąc/Rok	Powód/choroba

**ZABIEGI CHIRURGICZNE/OPERACJE** **Żadne**

Miesiąc/Rok	Operacja

**INFORMACJA GINEKOLOGICZNA I DOTYCZĄCA CIĄŻY**

Jesteś obecnie w ciąży (Tak/Nie):	Ilość ciąż:	Ilość żyjących dzieci:
Ile miałaś lat, kiedy pojawiła się pierwsza miesiączka:	Data ostatniej miesiączki:	
Obecnie używana metoda zapobiegania ciąży:	Jeśli po menopauzie: ile miałaś lat, kiedy miałaś ostatnią miesiączkę?	

**INFORMACJE dot. RODZINY – Proszę zaznaczyć, która z wymienionych chorób dotyczy kogoś z członków Twojej rodziny** **Żadna**

	Matka	Ojciec	Brat	Siostra	Babcia ze strony matki	Dziadek ze strony matki	Babcia ze strony ojca	Dziadek ze strony ojca
<input type="checkbox"/> Alkoholizm / uzależnienia								
<input type="checkbox"/> Astma								
<input type="checkbox"/> Choroba krzepnięcia krwi								
<input type="checkbox"/> Rak / nowotwory								
<input type="checkbox"/> Demencja, np. Alzheimera								
<input type="checkbox"/> Cukrzyca								
<input type="checkbox"/> Padaczka / epilepsja								
<input type="checkbox"/> Bóle głowy / migreny								
<input type="checkbox"/> Problemy z sercem								
<input type="checkbox"/> Wysoki cholesterol								
<input type="checkbox"/> Wysokie ciśnienie								
<input type="checkbox"/> Problemy z układem odpornościowym								
<input type="checkbox"/> Choroby nerek								
<input type="checkbox"/> Choroby wątroby								
<input type="checkbox"/> Problemy neurologiczne								
<input type="checkbox"/> Osteoporoza								
<input type="checkbox"/> Problemy psychiatryczne								
<input type="checkbox"/> Gościec stawowy (NIE zwykły artretyzm)								
<input type="checkbox"/> Wylew								
<input type="checkbox"/> Problemy z tarczycą								

**Powyższe informacje są prawdziwe. Poinformuję CommunityHealth, jeśli zajdą jakieś zmiany.**\_\_\_\_\_  
**Podpis pacjenta**\_\_\_\_\_  
**Data**