

INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA NIEPEŁNOLETNIEGO

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

..... PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

..... Nazwisko, imię pacjenta

Telefon Adres

Czy dziecko czuje się ogólnie zdrowo? TAK NIE

Czy w ciągu ostatnich 2 lat leczyło się? TAK NIE

Jeśli tak to z jakiego powodu:

Czy aktualnie się na coś leczy? TAK NIE

Jeśli tak to na co:

Czy przyjmuje jakieś leki? (zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwe) TAK NIE

Jeśli tak to jakie:

Czy jest na coś uczulone? TAK NIE

Jeśli tak to na co:

Czy występują u dziecka:

duszność TAK NIE
pokrzywka TAK NIE

obrzęki TAK NIE
swędzenie TAK NIE

Czy ma skłonność do krwawień? TAK NIE

Czy miał epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności? TAK NIE

Czy choruje lub chorowało na którąś z następujących chorób?

choroby serca (wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego, inne) TAK NIE

inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności) TAK NIE

choroby naczyń krwionośnych (naczyniaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, inne) TAK NIE

choroby płuc (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli) TAK NIE

choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit) TAK NIE

choroby wątroby (żółtaczką, inne) TAK NIE

choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu) TAK NIE

zaburzenia przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa) TAK NIE

choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne) TAK NIE

choroby układu nerwowego (padaczka, niedowłady, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia) TAK NIE

choroby układu kostno-stawowego (ból korzonkowy, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach) TAK NIE

choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba) TAK NIE

choroby oczu (jaskra) TAK NIE
zmiany nastroju (depresja, nerwica) TAK NIE
choroby zakaźne TAK NIE
 żółtaczką zakaźną A TAK NIE żółtaczką zakaźną C TAK NIE
 żółtaczką zakaźną B TAK NIE gruźlica TAK NIE

choroba reumatyczna TAK NIE

inne dolegliwości jakie?

.....
.....

Jaki był ostatni pomiar ciśnienia krwi

Czy było już kiedyś operowane? TAK NIE

Jeśli tak to kiedy i z jakiego powodu:

Czy dobrze zniosło znieczulenie? TAK NIE

Czy miało przetaczaną krew TAK NIE

Jeśli tak to kiedy i z jakiej przyczyny:

Czy zażywa środki uspokajające, nasenne? TAK NIE

OŚWIADCZENIE PACJENTA (OPIEKUNA PRAWNEGO)

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

Ja, nr PESEL..... zamieszkały/a....., oświadczam że upoważniam Pana/ią, zamieszkałą/y..... nr tel..... Do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia (podopiecznego) i udzielonych świadczeń zdrowotnych oraz do uzyskania wglądu do dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby (podopiecznego) oraz odpisów, wypisów i kopii tej dokumentacji gromadzonej i przechowywanej w

Znam przysługujące mi prawa pacjenta wynikające z Kart Praw pacjenta i wyrażam zgodę na leczenie w tutejszej poradni. Zgoda obejmuje wykonanie wszystkich zabiegów zaleconych i uzgodnionych z lekarzem prowadzącym lub innym lekarzem poradni.

.....
data

.....
podpis pacjenta (opiekuna prawnego)