



ANKIETA PRZED BADANIEM: KOLONOSKOPIA GASTROSKOPIA

Aby ograniczyć do minimum ryzyko związane z powikłaniami prosimy odpowiedzieć na następujące pytania:

* prawidłową odpowiedź zakreślić kółkiem

1. Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień, zwłaszcza po drobnych skaleczeniach, po usunięciu zębów bądź do powstawania sińców po niewielkich urazach mechanicznych?	TAK*	NIE*
2. Czy takie objawy zdarzały się wśród członków Państwa rodziny?	TAK*	NIE*
3. Czy występowały u Pani/Pana objawy uczulenia na jakiegokolwiek środki?	TAK*	NIE*
4. Czy przyjmuje Pani/Pan leki wpływające na krzepliwość krwi (Acard, Acenokumarol, Warfin)?	TAK*	NIE*
5. Jeśli były przyjmowane leki wpływające na krzepliwość krwi, kiedy zostały odstawione?		
6. Czy była Pani/Pan dotychczas operowana/y?	TAK*	NIE*
Jeśli tak, to proszę wymienić operacje, szczególnie te wykonane w obrębie brzucha:		
7. Czy występuje u Pani/Pana alergia lub zdarzały się uczulenia na leki (antybiotyki, leki p/bólowe, inne?)	TAK*	NIE*
8. Czy jest Pani/Pan leczona z powodu chorób serca lub płuc, np. wada serca, zaburzenia rytmu serca, choroba wieńcowa serca, nadciśnienie tętnicze, astma oskrzelowa?	TAK*	NIE*
9. Czy jest Pani/Pan leczona z powodu innych chorób przewlekłych np. jaskra, cukrzyca, padaczka, choroby psychiczne?	TAK*	NIE*
10. Czy mają Państwo wszczepiony „rozzrusznik” serca lub endoprotezę?	TAK*	NIE*
11. Czy występują jakiegokolwiek inne okoliczności mogące być utrudnieniem w wykonaniu planowanego badania?	TAK*	NIE*
Jeżeli tak to jakie?		

Wywiad epidemiologiczny – dotyczy ostatnich 6 miesięcy:

* prawidłową odpowiedź zakreślić kółkiem

12. Czy chorowała Pani/Pan na wirusowe zapalenie wątroby, żółtaczkę?	TAK*	NIE*
13. Czy otrzymywała Pani/Pan iniekcje, kroplówki, transfuzję krwi?	TAK*	NIE*
14. Czy była Pani/Pan leczona/y w innych placówkach służby zdrowia (również prywatnych)?	TAK*	NIE*
15. Czy miała Pani/Pan wykonywane zabiegi naruszające powłoki skórne (np. biopsję, punkcję, pobranie krwi, operację)?	TAK*	NIE*
16. Czy miała Pani/Pan wykonywane badanie endoskopowe?	TAK*	NIE*
17. Czy korzystała Pani/Pan z usług gabinetów stomatologicznych?	TAK*	NIE*
18. Czy korzystała Pani/Pan z usług gabinetów kosmetycznych?	TAK*	NIE*
19. Czy korzystała Pani/Pan z usług gabinetów okulistycznych?	TAK*	NIE*
20. Czy korzystała Pani/Pan z usług gabinetów ginekologicznych?	TAK*	NIE*
21. Czy choruje Pani/Pan na cukrzycę?	TAK*	NIE*

Skawina, dnia:

Czytelny podpis pacjenta