

Uwaga! Niniejsza karta stanowi integralną część dokumentacji medycznej każdego pacjenta. Należy czytelnie wypełnić kartę, odpowiadając na wszystkie zawarte w niej pytania oraz podpisać imieniem i nazwiskiem.

Karta Wywiadu:

Gdańsk, dnia _____

Imię i nazwisko: _____

PESEL: _____ Masa ciała: _____ kg Wzrost: _____ cm

Należy wziąć w kółko właściwą odpowiedź

1. Czy ma Pan/i uczulenie na znieczulenie miejscowe (lignokaina)? TAK NIE

Jeśli wystąpiły powikłania po znieczuleniu, należy je wskazać:

2. Czy ma Pan/i uczulenia? TAK NIE

Jeśli zaznaczono „TAK”, należy wymienić jakie (np. lateks, maści):

3. Czy leczył/a się Pan/i w ciągu ostatniego miesiąca (w tym leczenie stomatologiczne/ortodontyczne): TAK NIE

Jeśli zaznaczono „TAK”, należy podać schorzenie:

4. Czy przyjmuje Pan/i obecnie leki rozrzedzające krew (np. Acard, Aspiryna)? TAK NIE

Jeśli zaznaczono „TAK”, należy podać nazwę leku/ów

5. Jakie leki przyjmuje Pan/i na stałe? Proszę wymienić.

6. Czy ma Pan/i skłonność do nieprawidłowego gojenia i tworzenia blizn? TAK NIE

7. Czy w ostatnich 7 dniach były wykonywane jakiegokolwiek inne zabiegi na skórze w miejscu, które ma być poddane zabiegowi? TAK NIE

Jeśli zaznaczono „TAK”, należy wymienić jakie:

8. Czy przechodził/a Pan/i choroby serca? TAK NIE

Jeśli zaznaczono „TAK”, należy zaznaczyć właściwe spośród: zawał, zapalenie, zaburzenia rytmu, wada, niewydolność krążenia.

8.1 Czy został wszczepiony rozrusznik serca? TAK NIE

9. Czy jest Pan/i nosicielem wirusa HIV? TAK NIE

10. Czy choruje Pan/i na WZW typu C? TAK NIE

11. Czy był/a Pan/i szczepiona na WZW typu B? TAK NIE

12. Czy choruje Pan/i na nadciśnienie tętnicze? TAK NIE

13. Czy występują u Pana/i choroby układu naczyniowego? TAK NIE
- Jeśli zaznaczono „TAK”, należy wymienić jakie: (np. kruchość naczyń krwionośnych tzw. „pajęczki”, żylaki, zapalenie żył, miażdżycy naczyń)
- _____
14. Czy występują u Pana/i choroby układu oddechowego? TAK NIE
- Jeśli zaznaczono „TAK”, należy wymienić jakie: (np. gruźlica, zapalenie płuc, rozedma, pylica, POChP, astma, zapalenie oskrzeli, astma skrzelowa)
- _____
15. Czy występują u Pana/i choroby układu pokarmowego? TAK NIE
- Jeśli zaznaczono „TAK”, należy wymienić jakie: (np. choroba wrzodowa lub dwunastnicy, żółtaczkę, marskość wątroby, jelita cienkiego lub grubego, trzustki)
- _____
16. Czy występują u Pana/i choroby układu moczowego? TAK NIE
- Jeśli zaznaczono „TAK”, należy wymienić jakie: (np. niewydolność nerek, kamica nerkowa, choroby pęcherza moczowego, prostaty)
- _____
17. Czy występują u Pana/i choroby układu hormonalnego? TAK NIE
- Jeśli zaznaczono „TAK”, należy wymienić jakie: (np. cukrzyca, nadczynność tarczycy, niedoczynność tarczycy, Hashimoto, wole tarczycowe, dna moczanowa, gruczolaki przysadki mózgowej)
- _____
18. Czy stosuje Pan/i hormonalne środki antykoncepcyjne? TAK NIE

19. Czy występują u Pana choroby oczu? TAK NIE
Jeśli zaznaczono „TAK”, należy wymienić jakie: (np. jaskra, zaćma)

20. Czy występują u Pana/i choroby układu nerwowego? TAK NIE
Jeśli zaznaczono „TAK”, należy wymienić jakie: (np. udar mózgu, epilepsja/padaczka, drgawki, miastenia, schorzenia kręgosłupa, bóle głowy)

21. Czy występują u Pana/i choroby skóry? TAK NIE
Jeśli zaznaczono „TAK”, należy wymienić jakie: (np. łuszczyca, trądzik różowaty, trądzik pospolity, nużeniec, opryszczka na twarzy, opryszczka płciowa, stan zapalny na skórze, grzybica, brodawki)

22. Czy występują u Pana/i inne choroby, w tym przewlekłe? TAK NIE
Jeśli zaznaczono „TAK”, należy wymienić jakie, czy zakończono leczenie i kiedy, np. (bruksizm, otyłość, anemia, zaburzenia krzepnięcia krwi, choroba nowotworowa)

23. Czy przechodził/a Pan/i depresje? TAK NIE
Jeśli zaznaczono „TAK”, należy wskazać zażywane leki oraz długość okresu ich przyjmowania:

24. Czy był/a Pan/i operowany/a lub przechodził/a zabieg? TAK NIE
Jeśli zaznaczono: „TAK”, należy podać jaki zabieg/operacja, ile razy i w którym roku?

- Czy któraś z operacji/zabiegów była przeprowadzana w znieczuleniu ogólnym? TAK NIE
- Czy któraś z operacji/zabiegów była przeprowadzana w znieczuleniu przewodowym/regionalnym? TAK NIE

25. Czy nosi Pan/i protezy zębowe lub szkła kontaktowe? TAK NIE

26. Czy w ciągu ostatnich dwóch tygodni przyjmował/a Pan/i skrzyp polny lub dziurawiec? TAK NIE
Jeśli zaznaczono „TAK”, należy wskazać dzienną ilość:

27. Czy pali Pan/i papierosy? TAK NIE
Jeśli zaznaczono „TAK”, ile dziennie:

28. Czy pije Pan/i alkohol? TAK NIE
Jeśli zaznaczono „TAK”, stężenie i ilość w tygodniu:

29. Czy zażywa Pan/i środki nasenne, uspokajające? TAK NIE
Jeśli zaznaczono „TAK”, należy wymienić jakie:

30. Czy zażywa Pan/i inne używki: narkotyki, środki odurzające? TAK NIE
Jeśli zaznaczono „TAK”, należy wymienić jakie:

31. Czy zażywał/a Pan/i w ciągu ostatnich 6 (sześciu) miesięcy doustne retinoidy? (np. Izotek, Aknenormin, Axotret, Curacane itp.) TAK NIE

32. Czy miał/a Pan/i transfuzję krwi i/lub innych preparatów krwiopochodnych? TAK NIE
Jeśli wystąpiły powikłania, należy je wskazać:

33. Czy często się Pan/i opala? TAK NIE
Czy w ciągu ostatnich 4 (czterech) tygodni opalał/a się Pan/i? TAK NIE
Czy używa Pan/i kremów z filtrem? TAK NIE

34. Czy jest Pani w ciąży? TAK NIE NIE DOTYCZY

35. Czy karmi Pani piersią? TAK NIE NIE DOTYCZY

36. Czy występują u Pana/i duszności? TAK NIE

37. Czy występują u Pana/i obrzęki? TAK NIE

38. Czy występują u Pana/i pokrzywka? TAK NIE

39. Czy występują u Pana/i swędzenie? TAK NIE

40. Jaki był ostatni pomiar ciśnienia krwi? TAK NIE

Czytelny podpis Pacjentki/Pacjenta