

Анкета о вашем здоровье

Уважаемый(ая)

Сообщенные Вами сведения позволят врачу подобрать эффективную анестезию, лекарства и методы лечения, правильно составить план лечения. По каждому пункту анкеты необходимо ответить ДА или НЕТ. Ваши данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

Заболевания сердца	Да	Нет
Инфаркт миокарда	Да	Нет
Наличие кардиостимулятора	Да	Нет
Заболевания сосудов	Да	Нет
Инсульт	Да	Нет
Повышение или понижение артериального давления	Да	Нет
Заболевание легких	Да	Нет
Бронхиальная астма	Да	Нет
Заболевания желудочно-кишечного тракта	Да	Нет
Заболевание печени	Да	Нет
Заболевания почек	Да	Нет
Заболевания щитовидной, паращитовидной и других желез	Да	Нет
Сахарный диабет	Да	Нет
Травмы	Да	Нет
Сотрясение головного мозга	Да	Нет
Заболевания уха, горла, носа	Да	Нет
Заболевания костной системы, суставов	Да	Нет
Заболевания кожи	Да	Нет
Нейродермит	Да	Нет
Инфекционные заболевания (Вич, Гепатит, Туберкулез и др.)	Да	Нет
Головные боли (в том числе беспричинные)	Да	Нет
Бывает ли головокружение, потеря сознания, одышка при введении анестетиков или других лекарственных препаратов	Да	Нет
Проводилась ли лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет	Да	Нет
Были ли операции	Да	Нет
Другие заболевания	Да	Нет
АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ		
На местные анестетики	Да	Нет
На антибиотики	Да	Нет
На сульфаниламиды	Да	Нет
На препараты йода	Да	Нет
На гормональные препараты	Да	Нет
На другие лекарственные препараты (если да, укажите какие)	Да	Нет
На пыльцу, растения	Да	Нет
На пищевые продукты	Да	Нет
На шерсть животных	Да	Нет
На другие вещества	Да	Нет
ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В НАСТОЯЩЕМ ВРЕМЕНИ ИЛИ В ПОСЛЕДНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ		
Постоянно или периодически принимаю лекарственные препараты (если да, то какие)	Да	Нет
Лечусь (проводилось лечение)	Да	Нет
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ		
Являюсь донором	Да	Нет
ДЛЯ ПАЦИЕНТОК		
Вы беременны	Да	Нет
Являетесь кормящей матерью	Да	Нет
Имеются нарушения менструального цикла	Да	Нет
Постоянно или периодически принимаете противозачаточные препараты	Да	Нет
Последнее посещение врача-гинеколога в (мес. Год)	Да	Нет

Я подтверждаю, что сообщил достоверную информацию о всех известных мне на данный момент проблемах со здоровьем и обязуюсь сообщить своему лечащему врачу о вновь выявленных проблемах, если таковые будут.