

ANKIETA – PRZED BADANIEM GASTROSKOPIA

Dla pełnego bezpieczeństwa przeprowadzenia badania prosimy o podanie zarówno w rozmowie z lekarzem jak i przez zaznaczenie w niniejszej ankiecie informacji o istniejących chorobach. Prosimy o staranne wypełnienie poniższej ankiety! Zakreśl kółkiem swoją odpowiedź.

Czy w przeszłości przeprowadzono u Pana/Pani operacje żołądka, jelita, serca lub płuc?	TAK	NIE
Czy rozpoznano u Pana/Pani wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C, zakażenie wirusem HIV, obecność antygenu HBS lub przeciwciał anti-HCV? Lub inne choroby zakaźne?	TAK	NIE
Czy przeprowadzono szczepienie przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby?	TAK	NIE
Czy zażywa Pan/Pani leki obniżające krzepliwość krwi (np. Acenocumarol, Syncumar, Sintrom, Warfin, Aspiryna, Polocard, Acard, Bestpirin, Ticlid, zastrzyki z heparyną lub inne leki zmniejszające krzepliwość krwi)?	TAK	NIE
Czy choruje Pani na skazę krwotoczną powodującą np. częste krwawienie z nosa, przedłużone krwawienie po niewielkich zranieniach, zasinienia bez przyczyny lub po niewielkim urazie, niedokrwistość? Czy w rodzinie występuje hemofilia?	TAK	NIE
Czy kiedykolwiek rozpoznano u Pana/Pani alergię lub uczulenia na leki (antybiotyki, leki przeciwbólowe), jakie?	TAK	NIE
Czy choruje Pan/Pani na chorobę serca, układu krążenia lub płuc (np. wada serca, przebyty zawał serca, zaburzenia rytmu serca, bóle w klatce piersiowej, nadciśnienie tętnicze, przewlekłe zapalenie oskrzeli, astma oskrzelowa, choroba wieńcowa, tętniak aorty)?	TAK	NIE
Czy ma Pan/Pani wszczepioną endoprotezę stawu, stymulator serca lub inny sztuczny implant?	TAK	NIE
Czy choruje Pan/Pani na przewlekłe choroby (np. zaćma, padaczka, niedowłady neurologiczne)?	TAK	NIE
Czy jest Pan/Pani cukrzykiem? Przyjmuje insulinę?	TAK	NIE
Czy wykonywano już u Pana/Pani kolonoskopię? Czy stwierdzono wówczas chorobę wymagającą leczenia lub kontroli? Czy pojawiły się wówczas powikłania, lub inne niepokojące objawy?	TAK	NIE
Dotyczy kobiet: Czy jest Pani w ciąży?	TAK	NIE
Leki przyjmowane obecnie (podać nazwę)	TAK	NIE

Oświadczam, że nie zatailem/am żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, w tym informacji o chorobach przewlekłych, przebiegu dotychczasowego leczenia i przyjmowanych lekach.

.....
data i czytelny podpis pacjenta