

DOTAZNÍK PRO NOVOU PACIENTKU

Titul, jméno, příjmení:

Rozená: Rodné číslo:

Pojišťovna (číslo): Datum narození:

Adresa vč. PSČ:

Rodinný stav: Profese:

Zaměstnavatel: Telefon (zaměstnání):

Mobilní telefon: Email:

RODINNÁ ANAMNEZA – vyskytla se u někoho z Vašich blízkých příbuzných některá z těchto onemocnění? Pokud ano, zaškrtněte příslušnou chorobu (člena rodiny blíže specifikujte).

- | | | | | | |
|----------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|
| • vysoký krevní tlak | <input type="radio"/> | • nádorové onemocnění | <input type="radio"/> | • onemocnění štítné žlázy | <input type="radio"/> |
| • srdeční onemocnění | <input type="radio"/> | • choroby ledvin | <input type="radio"/> | • vrozené vady | <input type="radio"/> |
| • mozková mrtvice | <input type="radio"/> | • poruchy krvácivosti | <input type="radio"/> | • cukrovka | <input type="radio"/> |
| • epilepsie | <input type="radio"/> | • vícečetné těhotenství | <input type="radio"/> | • onemocnění prsu | <input type="radio"/> |

OSOBNÍ ANAMNEZA – léčila jste se někdy s následujícími obtížemi?

- | | | | |
|---|--|---|--|
| • časté nebo silné bolesti hlavy | ANO <input type="radio"/> NE <input type="radio"/> | • onemocnění prsu | ANO <input type="radio"/> NE <input type="radio"/> |
| • vysoký krevní tlak | ANO <input type="radio"/> NE <input type="radio"/> | • onemocnění žlučníku | ANO <input type="radio"/> NE <input type="radio"/> |
| • astma, chronická bronchitida | ANO <input type="radio"/> NE <input type="radio"/> | • srdeční onemocnění | ANO <input type="radio"/> NE <input type="radio"/> |
| • opakované infekce močových cest | ANO <input type="radio"/> NE <input type="radio"/> | • onemocnění štítné žlázy | ANO <input type="radio"/> NE <input type="radio"/> |
| • epilepsie | ANO <input type="radio"/> NE <input type="radio"/> | • nádorové onemocnění | ANO <input type="radio"/> NE <input type="radio"/> |
| • cukrovka | ANO <input type="radio"/> NE <input type="radio"/> | • anemie (chudokrevnost) | ANO <input type="radio"/> NE <input type="radio"/> |
| • trombóza, embolie | ANO <input type="radio"/> NE <input type="radio"/> | • plané neštovice | ANO <input type="radio"/> NE <input type="radio"/> |
| • psychické (psychiatrické) onemocnění | ANO <input type="radio"/> NE <input type="radio"/> | • vysoká hladina krevních tuků (cholesterolu) | ANO <input type="radio"/> NE <input type="radio"/> |
| • onemocnění jater (inf. žloutenka, mononukleosa) | ANO <input type="radio"/> NE <input type="radio"/> | | |

Máte zájem o očkování proti chřipce? ANO NE

Byla jste očkována proti žloutence typu A, typu B? ANO NE

Je-li Vám 50 a více let, bylo Vám v posledním roce provedeno vyšetření stolice na okultní krvácení? ANO NE

Máte zájem o vyšetření TOKS (vyšetření stolice)? ANO NE

Je-li Vám 50 a více let, bylo Vám v posledním roce provedeno denzitometrické vyšetření? ANO NE

Máte zájem o vyšetření osteoporózy (denzitometrie)? ANO NE

Máte zájem o vyšetření genetických testů na riziko onkologických onemocnění žen, trombofilních stavů? ANO NE

Jiné vážnější nemoci – napište:

PRODĚLALA JSTE NĚJAKÉ OPERACE? – uveďte v časovém sledu

	Rok	Druh operace	Nemocnice	Případné komplikace
1.				
2.				
3.				

GYNEKOLOGICKÁ LÉČBA

- | | | | | | |
|--|-----------------------|---------------------------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|
| • ošetření čípku děložního (konizace) | <input type="radio"/> | • hluboký gyn.zánět s teplotami | <input type="radio"/> | • léčba neplodnosti | <input type="radio"/> |
| • hormonální léčba nepravid. cyklu | <input type="radio"/> | • cysty na vaječnicích | <input type="radio"/> | • opakované výtoky | <input type="radio"/> |
| • zákroky pro neprav. krvácení (kyretáž) | <input type="radio"/> | • jiné: | | | |

BYLA JSTE OČKOVANÁ PROTI HPV? ANO NE
Pokud ANO, o jakou vakcínu se jednalo? Cervarix Silgard Gardasil 4 Gardasil9
V jakém roce očkování proběhlo?

VAŠE PŘEDCHOZÍ TĚHOTENSTVÍ – uveďte v časovém sledu

PORODY				PŘERUŠENÉ TĚHOTENSTVÍ					
Rok	Pohlaví	Váha	Druh porodu*	Rok	Potrat	Rok	Mimoděložní těh.	Rok	Samovolný potrat

* samovolný, císařský řez, předčasný, komplikovaný + uveďte týden

Váha Výška BMI (doplň sestra)

ANTIKNCEPCE

Užívala jste někdy hormonální antikoncepci? ANO NE Napište jakou:
Užíváte nyní nějakou antikoncepci: ANO NE Napište jakou:
Máte, nebo jste měla zavedené nitroděložní tělísko? ANO NE Napište jaké:

UŽÍVÁTE PRAVIDELNĚ NĚJAKÉ LÉKY? ANO NE Pokud ANO, napište jaké?

JSTE ALERGICKÁ NA NĚJAKÉ LÉKY? ANO NE Pokud ANO, napište na jaké?

KOUŘÍTE? ANO NE Pokud ANO, kolik cigaret denně?

TRANSFUZE

Dostala jste někdy krevní transfuzi? ANO NE Byly nějaké komplikace? ANO NE

MÁTE NĚKDY PROBLÉMY S ÚNIKEM MOČI?

Při kašli, smíchu, zvedání břemen ANO NE
Jen časté nucení na močení ANO NE
Máte zájem o urodynamické vyšetření ANO NE

MĚSÍČKY máte od let, asi po dnech a trvají asi dní.

Jsou výrazně bolestivé ANO NE
Velmi silné ANO NE
Poslední měsíčky začaly

Přibližné datum poslední preventivní prohlídky:

Předchozí gynekologická péče (lékař):

Jak jste se dozvěděla o našem pracovišti?

Vaše současné obtíže, důvod návštěvy:

Přejete si, aby u Vašeho vyšetření byla přítomna sestra? ANO NE

V Olomuci dne Čas Podpis pacientky

Dovoluujeme si upozornit, že u některých vyšetření je přítomnost sestry nezbytná. Pokud budete někdy v budoucnu považovat přítomnost sestry za nežádoucí, sdělte to lékaři. G-centrum Olomouc, s.r.o. se zavazuje, že ke všem získaným údajům přistupuje přísně důvěrně a se všemi poskytnutými daty zachází v souladu se Zákonem „O ochraně osobních údajů“ č. 101/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů.