

## ОПРОСНИК ДЛЯ СБОРА АНАМНЕЗА ПАЦИЕНТА

Плановое посещение		Посещение по острой боли
--------------------	--	--------------------------

Фамилия, Имя, Отчество	Пол	Дата рождения	Рост/Вес

Контактный телефон \_\_\_\_\_

Адрес проживания \_\_\_\_\_

Откуда Вы узнали о нашей клинике \_\_\_\_\_

Профессия \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Подчеркните нужные ответы

Ваше эмоциональное состояние: безразличное, тревожное, страх перед лечением		
Были ли у Вас осложнения, связанные с анестезией или седацией?	Да	Нет
Были ли у Вас аллергические реакции на лекарства, продукты и т.д.?	Да	Нет
К каким лекарствам у Вас непереносимость (аллергия)?		
Принимаете ли Вы в настоящее время какие-либо лекарства?	Да	Нет
Если да, то какие?		
Болеете ли Вы в данный момент ОРЗ, гриппом, герпесом?	Да	Нет
Страдаете ли Вы бронхиальной астмой или астматическим бронхитом?	Да	Нет
Случались ли у Вас ранее нарушения мозгового кровообращения, инсульты?	Да	Нет
Наблюдались ли Вы у врача - кардиолога?	Да	Нет
Бывают ли у Вас обмороки, пониженное артериальное давление?	Да	Нет
Обнаруживается ли у Вас повышение артериального давления (гипертония)?	Да	Нет
Наблюдаетесь ли Вы у врача - кардиолога по поводу ИБС и стенокардии?	Да	Нет
Случались ли у Вас длительные кровотечения, нарушения свертываемости крови?	Да	Нет
Имеются ли у Вас заболевания щитовидной железы?	Да	Нет
Страдаете ли Вы заболеваниями почек?	Да	Нет
Страдаете ли Вы заболеваниями печени?	Да	Нет
Страдаете ли Вы эпилепсией?	Да	Нет
Наблюдается ли у Вас повышение глюкозы (сахара) в крови?	Да	Нет
Лечились ли Вы когда-нибудь гормональными препаратами?	Да	Нет
Больны ли Вы ревматизмом, ревматоидным артритом?	Да	Нет
Больны ли вы глаукомой?	Да	Нет
Подвергались ли Вы воздействию радиации или токсических веществ?	Да	Нет
Для женщин: наличие беременности или кормление грудью в настоящее время?	Да	Нет
Болеете ли Вы (был ли у Вас) гепатит?	Да	Нет
Болеете ли Вы (был ли у Вас) сифилисом?	Да	Нет
Болеете ли Вы (был ли у Вас) туберкулезом?	Да	Нет
Являетесь ли Вы ВИЧ-инфицированным?	Да	Нет
Имеется ли у Вас онкологическое заболевание?	Да	Нет
Укажите, есть ли у Вас какие-либо другие сопутствующие заболевания или перенесенные операции:		

***Уважаемый пациент, помните,  
что Вы несете ответственность за предоставленную информацию!***

«    » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Подпись пациента \_\_\_\_\_