



ANKIETA PACJENTA BARIATRYCZNEGO

Proszę uważnie przeczytać ankietę i odpowiedzieć na pytania

Nazwisko i imię			
PESEL (wiek)			
Adres			
Nr telefonu			
	komórkowy	domowy	praca

1. Czy choruje Pan(i) lub chorował(a) na serce i/lub nadciśnienie tętnicze? tak nie

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> zawał serca (data _____) | <input type="checkbox"/> wada zastawki | <input type="checkbox"/> operacja serca lub naczyń wieńcowych („bypass”), zabieg „balonikowania”, założenie stentów |
| <input type="checkbox"/> pieczenie, ból za mostkiem | <input type="checkbox"/> wysokie ciśnienie tętnicze | <input type="checkbox"/> stymulator serca („rozrusznik”) |
| <input type="checkbox"/> choroba niedokrwienna serca | <input type="checkbox"/> wysoki poziom cholesterolu | <input type="checkbox"/> inne (opisz) _____ |
| <input type="checkbox"/> nierówne lub szybkie bicie serca | <input type="checkbox"/> obrzęki wokół kostek | |
| <input type="checkbox"/> szmer serca | <input type="checkbox"/> oddawanie moczu w nocy | |

2. Czy ma Pan(i) lub miał(a) jakieś choroby oskrzeli, płuc lub inne problemy z oddychaniem? tak nie

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> astma oskrzelowa | <input type="checkbox"/> rozedma | <input type="checkbox"/> zapalenie płuc (ostatnie 2 miesiące) |
| <input type="checkbox"/> przewlekłe zapalenie oskrzeli | <input type="checkbox"/> gruźlica | <input type="checkbox"/> duszność przy położeniu się na plecach |
| <input type="checkbox"/> przewlekły kaszel | <input type="checkbox"/> przeziębienie, infekcja dróg oddechowych (ostatnie 2 tygodnie) | _____ |
| <input type="checkbox"/> z odkaszczaniem wydzieliny | | _____ |
| <input type="checkbox"/> inne (opisz) _____ | | _____ |

3. Czy ma Pan(i) lub miał(a) jakieś problemy z żołądkiem lub wątrobą? tak nie

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> choroba wrzodowa | <input type="checkbox"/> zapalenie wątroby/żółtaczkawirusowe typu A B C /toksyczne | <input type="checkbox"/> stłuszczenie wątroby |
| <input type="checkbox"/> zapalenie żołądka | <input type="checkbox"/> żółtaczkamechaniczna/zastój żółci | <input type="checkbox"/> marskość wątroby |
| <input type="checkbox"/> refluks żołądkowo-przełykowy | | <input type="checkbox"/> inne (opisz) _____ |

4. Czy ma Pan(i) lub miał(a) jakieś problemy z układem moczowym (nerki, pęcherz) lub gruczołem krokowym? tak nie

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> zapalenie nerek | <input type="checkbox"/> częste infekcje | <input type="checkbox"/> trudności w oddawaniu moczu |
| <input type="checkbox"/> kamica nerkowa L P | <input type="checkbox"/> inne (opisz) _____ | _____ |

5. Czy ma Pan(i) lub miał(a) cukrzycę, dnę moczanową lub jakieś choroby tarczycy? tak nie

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> cukrzyca typu 1 2 | <input type="checkbox"/> guzki/powiększenie tarczycy | <input type="checkbox"/> inne (opisz) _____ |
| <input type="checkbox"/> leczenie insuliną | <input type="checkbox"/> niedoczynność tarczycy | _____ |
| <input type="checkbox"/> dna moczanowa | <input type="checkbox"/> nadczynność tarczycy | _____ |

6. Czy ma Pan(i) lub miał(a) jakieś choroby układu nerwowego (mózgu, nerwów), mięśni, kręgosłupa lub stawów? tak nie

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> udar lub inne niedokrwienie | <input type="checkbox"/> osłabienie mięśni (miastenia) | <input type="checkbox"/> dolegliwości kręgosłupa szyjny piersiowy lędźwiowy |
| <input type="checkbox"/> porażenie lub niedowład | <input type="checkbox"/> osłabienie lub drętwienie rąk/nóg | |
| <input type="checkbox"/> drgawki lub padaczka | <input type="checkbox"/> inne (opisz) _____ | _____ |

7. Czy ma Pan(i) lub miał(a) jakieś choroby krwi lub zaburzenia krzepnięcia? tak nie

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> anemia | <input type="checkbox"/> podskórne wylewy krwi przy małych urazach | <input type="checkbox"/> zakrzepica żylna |
| <input type="checkbox"/> skłonność do krwawień | | <input type="checkbox"/> inne (opisz) _____ |

8. Czy ma Pan(i) lub miał(a) jakieś choroby żył? tak nie

żyłki kończyn dolnych zapalenie żył inne (opisz) _____

9. Czy ma Pan(i) lub miał(a) jakieś inne choroby nie wymienione powyżej? tak nie

opisz _____ _____ _____

10. Czy ma Pan(i) jakieś uczulenia (szczególnie na leki, plaster, jodynę)? tak nie

opisz _____ _____ _____

11. Czy ma Pan(i) chorobę lokomocyjną (nudności, wymioty w czasie jazdy samochodem, statkiem)? tak nie

12. Czy nosi Pan(i) szkła kontaktowe? tak nie

13. Czy nosi Pan(i) protezy zębowe, mostki, korony?
Czy ma Pan(i) ruszające się zęby? tak nie

PRAWA 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 LEWA
 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

14. Czy jest Pani w ciąży ? tak nie

15. Czy pan(i) pali papierosy? tak nie

ile dziennie _____ od ilu lat _____

16. Czy pije Pan(i) alkohol?

nie rzadko regularnie niewiele regularnie dużo

17. Czy był(a) Pan(i) już operowany(a)? (proszę podać rok i rodzaj operacji?) tak nie

_____ _____ _____
 _____ _____ _____

18. Czy w czasie lub po znieczuleniu wystąpiły jakieś powikłania? tak nie

trudności z obudzeniem powrót świadomości w czasie inne (opisz) _____
 uporczywe nudności lub wymioty _____operacji _____

19. Czy przyjmuje Pan(i) obecnie lub przyjmował ostatnio jakieś leki? (proszę podać nazwę i dawkę leku – również leki bez recepty, preparaty ziołowe, suplementy diety) tak nie

_____ _____ _____
 _____ _____ _____
 _____ _____ _____

20. Masa ciała _____ Wzrost _____ BMI _____

Oświadczam, że podane powyżej informacje są zgodne z prawdą.

data i podpis pacjenta _____