INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA NIEPEŁNOLETNIEGO

Wszystkie podane informacje są objęte tajemnica lekarską i służą trosce o Państwa bezpieczeństwo. Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. W przypadku trudności z odpowiedzią proszę pominąć pytanie i wyjaśnić **wątpliwości z lekarzem prowadzącym.**
Poniższe pytania służą do zebrania informacji koniecznych do wybrania właściwego sposobu leczenia oraz wybrania odpowiedniego znieczulenia przed zabiegiem.

…….…….. PESEL | | | | | | | | | | |
Nazwisko, imię pacjenta

Telefon …… Adres ……..…….

Czy dziecko czuje się ogólnie zdrowo? TAK ☐ NIE ☐

Czy w ciągu ostatnich 2 lat leczyło się? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to z jakiego powodu: …….

Czy aktualnie się na coś leczy? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to na co: ……..

Czy przyjmuje jakieś leki? (zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwe) TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to jakie: ……...……..

Czy jest na coś uczulone? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to na co: ……..

Czy występują u dziecka:

duszność TAK ☐ NIE ☐ obrzęki TAK ☐ NIE ☐
pokrzywka TAK ☐ NIE ☐ swędzenie TAK ☐ NIE ☐

Czy ma skłonność do krwawień? TAK ☐ NIE ☐

Czy miał epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności? TAK ☐ NIE ☐

Czy choruje lub chorowało na którąś z następujących chorób?

choroby serca (wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego, inne) TAK ☐ NIE ☐

inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności) TAK ☐ NIE ☐

choroby naczyń krwionośnych (naczyniaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, inne) TAK ☐ NIE ☐

choroby płuc (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli) TAK ☐ NIE ☐

choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit) TAK ☐ NIE ☐

choroby wątroby (żółtaczka, inne) TAK ☐ NIE ☐

choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu) TAK ☐ NIE ☐

zaburzenia przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa) TAK ☐ NIE ☐

choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne) TAK ☐ NIE ☐

choroby układu nerwowego (padaczka, niedowłady, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia) TAK ☐ NIE ☐

choroby układu kostno-stawowego (bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach) TAK ☐ NIE ☐

choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba) TAK ☐ NIE ☐

choroby oczu (jaskra) TAK ☐ NIE ☐

zmiany nastroju (depresja, nerwica) TAK ☐ NIE ☐

choroby zakaźne TAK ☐ NIE ☐

żółtaczka zakaźna A TAK ☐ NIE ☐ żółtaczka zakaźna C TAK ☐ NIE ☐

żółtaczka zakaźna B TAK ☐ NIE ☐ gruźlica TAK ☐ NIE ☐

choroba reumatyczna TAK ☐ NIE ☐

inne dolegliwości jakie? ……..……

……

……

Jaki był ostatni pomiar ciśnienia krwi ……..

Czy było już kiedyś operowane? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to kiedy i z jakiego powodu: ……

Czy dobrze zniosło znieczulenie? TAK ☐ NIE ☐

Czy miało przetaczaną krew TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to kiedy i z jakiej przyczyny: …….

Czy zażywa środki uspakajające, nasenne? TAK ☐ NIE ☐

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA PRAWNEGO

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą. Wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się zgłosić w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu.

Ja, ... nr PESEL | | | | | | | | | | |
Imię, nazwisko

zamieszkały/a: ……, będąc przedstawicielem ustawowym pacjenta:

……..... posiadającego nr PESEL | | | | | | | | | | |

oświadczam, że **upoważniam*)** Pana/-ią ……..., zamieszkałego/ą ……..……..., /**nie upoważniam nikogo innego*)** do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta, do wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta oraz uzyskiwania odpisów, wypisów i kopii tej dokumentacji gromadzonej i przechowywanej w ……..

Znam przysługujące mi prawa pacjenta wynikające z Karty Praw Pacjenta i wyrażam zgodę na leczenie w tutejszej poradni. Zgoda obejmuje wykonanie wszystkich zabiegów zaleconych i uzgodnionych z lekarzem prowadzącym lub innymi lekarzami poradni.

…… ……..……

data *podpis opiekuna prawnego*

* niepotrzebne skreślić

Karta Praw Pacjenta dostępna do wglądu w gabinecie.