



**Kwestionariusz dla Pacjenta
Przygotowanie do wizyty u chirurga naczyniowego**

Imię.....
PESEL.....

Nazwisko.....

Pełna i dokładna informacja przekazana w poniższej ankiecie pozwoli na dokładniejszą diagnozę i dostosowanie leczenia. Na wizytę prosimy zabrać wszystkie wyniki badań i wypisy.

1. Jakie dolegliwości kierują Pana/Panią do chirurga naczyniowego?

.....
.....
.....

2. Czy dolegliwości są symetryczne, czy też bardziej nasilone bądź występują wcześniej po jednej stronie ciała (symetrycznie, lewa, prawa)?

.....
.....

3. Kiedy po raz pierwszy zauważyła Pani/Pan powyższe dolegliwości?

.....
.....

4. Czy pojawienie lub nasilenie się dolegliwości zależne jest od pory dnia (poranek/dzień/wieczór/noc)?

.....
.....

5. Czy pojawienie lub nasilenie się dolegliwości zależne jest od temperatury otoczenia (zimno/ ciepło)?

.....

6. Czy dolegliwości zależne są od pozycji ciała (leżąca/siedząca/stojąca)?

.....
.....

7. Czy dolegliwości nasilają się podczas wysiłku (w spoczynku/podczas wolnego chodu/szybkiego chodu/wchodzenia po schodach)?

.....
.....

www.jopaclinic.pl

8. Czy dolegliwości ustępują po zatrzymaniu się i odpoczynku w pozycji stojącej?

.....
.....

9. Jeżeli dolegliwości pojawiają się podczas chodzenia, ile metrów może Pan/Pani przejść zanim pojawiają się?

.....
.....

10. Czy poza wymienionymi powyżej dolegliwościami uskarża się Pani/ Pan na coś jeszcze?

.....
.....
.....

11. Czy choruje Pan/Pani przewlekle?

- Serce (w szczególności niemiarowość serca i zawał serca, jeśli tak to kiedy wystąpił i jak był leczony)

.....
.....

- Płuca (Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc, Astma oskrzelowa, Zatorowość płucna)

.....

- Nerki

.....

- Wątroba (w szczególności żółtaczką)

.....

- Nadciśnienie tętnicze- TAK / NIE

- Cukrzyca- TAK / NIE

- Układ nerwowy (w szczególności udar)

.....

- Tarczyca, nadnercza

.....

12. Czy jest Pani/Pan na coś uczulona (w szczególności leki)?

.....

13. Jakie leki przyjmuje Pan/Pani na stałe (nazwy i dawkowanie)

.....

.....
.....
.....
.....
.....
14. Czy przyjmuje Pan/ Pani jakieś leki lub suplementy doraźnie, lub poza kontrolą lekarza?
.....

15. Jakie miał Pan/Pani operacje lub zabiegi?
.....
.....

16. Czy jest Pan/Pani osobą pracującą? TAK / NIE

17. Czy jest Pan/Pani osobą aktywnie uprawiającą sport, jeśli tak to jaki? TAK/NIE
.....

18. Czy pali Pan/Pani tytoń (papierosy/fajkę), jeśli rzucił Pan/Pani nałóg to od kiedy? TAK / NIE
.....

19. Czy jest Pan/Pani pod czyjąś opieką. Czy osoba ta jest również Pana/Pani opiekunem prawnym? TAK / NIE
.....

Dziękujemy. Do zobaczenia.