



WYWIAD LEKARSKI
PROSZĘ WYPEŁNIĆ W DOMU!

W-0101A

Udar mózgu | kiedy? (.....rok).....

Zaburzenia układu krzepnięcia |

Jakie? skłonność do krwawień, siniaków, stosowanie leków przeciwkrzepliwych (akard, polokard, acenokumarol, sintrom, pradaxa, xarelto, inne). | małopłytkowość | niewydolność wątroby | hemofilia | skazy krwotoczne | inne

Choroba zakrzepowo-zatorowa, zakrzepowe zapalenie żył, zatorowość płucna, |

Uszkodzenie rdzenia kręgowego (polio, rozszczep kręgosłupa, po urazie, po zabiegu operacyjnym)

Zastoinowa niewydolność serca (obrzęk podudzi, obrzęk płuc, duszność w pozycji leżącej)

Choroba nowotworowa | jaka?

Otyłość

Zawał serca, zapalenie, niedokrwienie mięśnia sercowego | rok

Unieruchomienie

Spadek aktywności ruchowej

Przebyte infekcje pooperacyjne | jakie?

Stosowanie leków hormonalnych (estrogeny, progesteron, hormonalna terapia zastępcza)

Choroby krwi: nadpłytkowość, czerwienica

Choroby żył, żylaki, owrzodzenia podudzi, złe ukrwienie kończyn, zapalenie żył

Zmiany na skórze, owrzodzenia, „stopa cukrzycowa”, choroby skóry

Obrzęki

Zmiany w obrębie czaszki, blizny pourazowe

Słuch: | prawidłowy | niedosłuch | aparat słuchowy | inne:

Jama ustna: | uzębienie leczone | ubytki | protezy zębowe | inne:

Kończyny: | prawidłowe | zwyrodnienia | amputacje | inne:

Kręgosłup: | prawidłowy | zmiany zwyrodnieniowe | bóle korzonkowe | inne:

Układ nerwowy: | porażenia | niedowłady | drżenie | choroba Parkinsona | inne:

Oczopląs

Choroby krążenia: | nadciśnienie | miażdżyca | zaburzenia rytmu serca | inne:

Choroby dróg oddechowych: | kaszel | astma | gruźlica | zapalenie płuc | rozedma | POCHP | inne:

Choroby przewodu pokarmowego: | choroby żołądka | choroby jelit | choroba wrzodowa | inne:

Choroby układu moczowego: | choroby nerek | nietrzymanie moczu | kamica | przerost prostaty | inne:

Choroby tarczycy: Jakiej? | nadczynność | niedoczynność | wole obojętne | inne ostatnie TSH

Czy może Pan(i) swobodnie leżeć na plecach?

Uczulenia na leki, plaster, jodynę? Jakiej?

Inne schorzenia (podać słownie nazwę choroby)

Czy pali Pan(i) papierosy? od kiedy? Ile? Czy pije Pan(i) alkohol?

Czy zażywa Pan(i) środki uspokajające lub nasenne? Jakiej?

Warunki socjoekonomiczne: | bardzo dobre | dobre | zadowalające | złe | bardzo złe | inne

Inne istotne informacje:

Podpis pacjenta

Podpis lekarza



WYWIAD LEKARSKI
PROSZĘ WYPEŁNIĆ W DOMU!

Nazwisko Imię

Data urodzenia PESEL

Zawód Wzrost Waga

Adres

Telefony kontaktowe

Kiedy zauważył(a) Pan(i) pogorszenie wzroku? Którym okiem widzi Pan(i) gorzej?

Czy występuje u Pana/Pani krzywienie obrazu? Którym okiem?

Czy w przeszłości widział(a) Pan(i) dobrze? [Czy któreś oko było „słabsze”? Które?

Czy była stwierdzona wada wzroku? Jaka?

Czy nosi Pan(i) okulary? Jakiej?

Do dali – moc szkieł: OP OL Do bliży – moc szkieł: OP OL

Czy były wykonywane badania okulistyczne? Które i kiedy?

☐ OCT ☐ Angiografia

☐ Pole widzenia ☐ inne

Choroby oczu (np. zaćma, jaskra, retinopatia cukrzycowa, AMD, odwarstwienie siatkówki; które oko?)

.....

Czy były wykonywane zabiegi okulistyczne? Kiedy? Które oko?

☐ Laseroterapia

☐ Iniekcje doszklistkowe („zastrzyki do oka”)

☐ Operacje (np. zaćma, jaskra, witrektomia, operacje powiek)

☐ Inne

Czy stosuje Pan(i) krople do oczu? [Jakiej?

Do oka prawego Do oka lewego

Czy przebył(a) Pan(i) kiedykolwiek uraz oczu lub uraz głowy? Kiedy?

Jaki uraz?

.....

Cukrzyca Od kiedy? [Tabletki? [Insulina? Od kiedy?

Ostatnia konsultacja diabetologa? Poziom HbA1c (hemoglobina glikowana/„słodka hemoglobina”).....

Epilepsja/padaczka Ostatni epizod

Zaburzenia psychiczne, Klaustrofobia, Zaburzenia lekowe, Nerwica, Depresja, Schizofrenia, Zaburzenia orientacji w miejscu i czasie. Zaburzenia w kontakcie, Ośłupienie, Zaburzenia nastroju, Inne

Choroby wątroby ŻÓŁTACZKA Wirusowe zapalenie wątroby (typ A, B, C?) Inne

Czy był(a) Pan(i) operowany(a)? (inne zabiegi niż okulistyczne) Z jakiego powodu? Kiedy?

.....

Jakie leki obecnie Pan(i) przyjmuje? (wszystkie, nie tylko okulistyczne)

.....

.....