

INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA NIEPEŁNOLETNIEGO

Wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą 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 przeciwkrzepliwie) 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

pokrzywka TAK NIE

obrzęki 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 (żółtaczką, 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 (ból korzonkowy,

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

żółtaczką zakaźną A TAK NIE

żółtaczką zakaźną C TAK NIE

żółtaczką zakaźną B TAK NIE

gruźlicą 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/a, **/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