

Lični podaci

Alergije

Da li ste alergični na neki lek ili hranu? Da li ste alergični na jod, jodni kontrast, lateks? Molimo Vas da popunite sledeću tabelu:

Alergičan/na sam na sledeće supstance:

Zdravstveni upitnik

Molimo Vas da izdvojite malo vremena i u potpunosti odgovorite na sledeća pitanja. Vaši odgovori će nam pomoći da u celini sagledamo Vaše zdravstveno stanje i da isplaniramo tok Vašeg lečenja.

Telesna težina:

Telesna visina:

Da li ste ranije operisani?

☐ DA

☐ NE

Ako je odgovor DA, molimo Vas za detalje:

Da li ste nekada imali bilo kakvih problema sa opštom ili lokalnom anestezijom?

☐ DA

☐ NE

Ako je odgovor DA, molimo Vas za detalje:

Da li ste nekada patili od postoperativne mučnine/povraćanja?

☐ DA

☐ NE

Da li patite, ili ste nekada patili, od sledećih bolesti i stanja?

BOLESTI / STANJA	DA	NE	KOMENTAR
Da li pijete alkohol svakodnevno? Ako je odgovor DA, u kojim količinama?	☐	☐	
Da li ste primali hemioterapiju i/ili radioterapiju? Ako je odgovor DA, zbog čega?	☐	☐	
Bolesti disanja, npr. astma, problemi sa disanjem, tuberkuloza, bronhitis?	☐	☐	
Da li ste trudni ili sumnjate da ste trudni?	☐	☐	
Da li ste se lečili ili se lečite od bolesti zavisnosti?	☐	☐	
Da li ste bili hospitalizovani u poslednjih 6 meseci? Ako je odgovor DA, zbog čega?	☐	☐	
Da li imate posebne zahteve u vezi ishrane?	☐	☐	
Da li imate nekih drugih medicinskih stanja koja nisu do sada pomenuta?	☐	☐	

Lista lekova

Molimo Vas da u tabeli navedete koje lekove koristite, uključujući i homeopatske lekove, pomoćna lekovita sredstva i sl.? Podsećamo Vas da obavezno sa svojim lekarom u našoj bolnici porazgovarate koje lekove morate prekinuti da koristite pre operacije. Takođe je potrebno da pri dolasku u bolnicu ponesete sve svoje lekove sa sobom.

Na kraju ovog informatora možete naći opšta uputstva o prekidanju unosa određenih lekova pre planirane hirurške intervencije.

NAZIV LEKA	DOZIRANJE	VREME UZIMANJA LEKA

Da li uzimate lekove protiv zgrušavanja krvi (npr. Varfarin, Klopido^grel, Aspirin, Cardipirin i sl.)?

☐

DA

☐

NE

UKOLIKO UZIMATE, MOLIMO VAS DA NEODLOŽNO POZOVETE NAŠU BOLNICU KAKO BI DOBILI UPUTSTVA ZA PRIVREMENO PREKIDANJE TERAPIJE!

Ostale informacije

Da li živite sami? Ko će o Vama voditi računa prvih 48 sati nakon što napustite našu bolnicu i ko će biti kontakt osoba dok boravite u bolnici?

Ime i prezime:

Kontakt telefon:

Ostale informacije

Kontakt osoba:

Tel.:

Da li imate posebnih potreba i zahteva (npr. zbog problema sa vidom ili sluhom, kulturološke prirode i sl.)? Molimo Vas da ih navedete:

Da li imate posebnih potreba religiozne prirode? Molimo Vas da ih navedete:

Da li imate problema da vodite računa o sebi (npr. kod oblačenja, tuširanja, svakodnevnih kućnih poslova)? Molimo Vas da ih navedete:

Da li je potrebno da Vam obezbedimo pomagala za kretanje (hodalice, štap, invalidska kolica i sl.)? Molimo Vas da navedete:

Da li Vam je potreban prevodilac? Ako jeste, za koji jezik?

Pre prijema ćemo Vas kontaktirati kako bi porazgovarali o svim detaljima vezanim za Vaš boravak u našoj bolnici. Ukoliko ne budemo mogli da Vas kontaktiramo na broj telefona koji ste nam ostavili, da li nam dajete pristanak da Vam pošaljemo poruku?

☐ **DA**

☐ **NE**

Vaš potpis:

Datum:

Vaše ime i prezime (štampanim slovima):

Ovaj informator i upitnik je popunio:

☐ **pacijent**

☐ **roditelj**

☐ **staratelj**

☐ **neko drugi**

Ako je formular popunio neko drugi, navedite ko: