**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 zamieszkania………………………………………………………………….

Adres e-mail: ……………………………………………………………………………………………………………..

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 🞎

**innechoroby 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**

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 w ……………….. .

………………………… ……………………………....…………………

*data podpis opiekuna prawnego*

\* niepotrzebne skreślić

Karta Praw Pacjenta dostępna do wglądu w gabinecie.