

**Uwaga! Niniejsza karta stanowi integralną część dokumentacji medycznej każdego pacjenta. Należy czytelnie wypełnić kartę, odpowiadając na wszystkie zawarte w niej pytania oraz podpisać imieniem i nazwiskiem.**

**Karta Wywiadu:** Gdańsk, dnia \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_ Masa ciała: \_\_\_\_\_ kg Wzrost: \_\_\_\_\_ cm

**Należy wziąć w kółko właściwą odpowiedź**

1. Czy ma Pan/i uczulenie na znieczulenie miejscowe (lignokaina)? TAK NIE

Jeśli wystąpiły powikłania po znieczuleniu, należy je wskazać:  
\_\_\_\_\_

2. Czy ma Pan/i uczulenia? TAK NIE

Jeśli zaznaczono „TAK”, należy wymienić jakie (np. lateks, maści):  
\_\_\_\_\_

3. Czy leczył/a się Pan/i w ciągu ostatniego miesiąca (w tym leczenie stomatologiczne/ortodontyczne): TAK NIE

Jeśli zaznaczono „TAK”, należy podać schorzenie:  
\_\_\_\_\_

4. Czy przyjmuje Pan/i obecnie leki rozrzedzające krew (np. Acard, Aspiryna)? TAK NIE

Jeśli zaznaczono „TAK”, należy podać nazwę leku/ów  
\_\_\_\_\_

**5. Jakie leki przyjmuje Pan/i na stałe? Proszę wymienić.**

\_\_\_\_\_

6. Czy ma Pan/i skłonność do nieprawidłowego gojenia i tworzenia blizn? TAK NIE

\_\_\_\_\_

7. Czy w ostatnich 7 dniach były wykonywane jakiegokolwiek inne zabiegi na skórze w miejscu, które ma być poddane zabiegowi? TAK NIE

Jeśli zaznaczono „TAK”, należy wymienić jakie:  
\_\_\_\_\_

8. Czy przechodził/a Pan/i choroby serca? TAK NIE

Jeśli zaznaczono „TAK”, należy zaznaczyć właściwe spośród: zawał, zapalenie, zaburzenia rytmu, wada, niewydolność krążenia.

8.1 Czy został wszczepiony rozrusznik serca? TAK NIE

\_\_\_\_\_

9. Czy jest Pan/i nosicielem wirusa HIV? TAK NIE

\_\_\_\_\_

10. Czy choruje Pan/i na WZW typu C? TAK NIE

\_\_\_\_\_

11. Czy był/a Pan/i szczepiona na WZW typu B? TAK NIE

\_\_\_\_\_

12. Czy choruje Pan/i na nadciśnienie tętnicze? TAK NIE

\_\_\_\_\_

13. Czy występują u Pana/i choroby układu naczyniowego? TAK NIE

Jeśli zaznaczono „TAK”, należy wymienić jakie: (np. kruchość naczyń krwionośnych tzw. „pajęczki”, żyłaki, zapalenie żył, miażdżycy naczyń)

\_\_\_\_\_

14. Czy występują u Pana/i choroby układu oddechowego? TAK NIE

Jeśli zaznaczono „TAK”, należy wymienić jakie: (np. gruźlica, zapalenie płuc, rozedma, pylica, POChP, astma, zapalenie oskrzeli, astma skrzelowa)

\_\_\_\_\_

15. Czy występują u Pana/i choroby układu pokarmowego? TAK NIE

Jeśli zaznaczono „TAK”, należy wymienić jakie: (np. choroba wrzodowa lub dwunastnicy, żółtaczką, marskość wątroby, jelita cienkiego lub grubego, trzustki)

\_\_\_\_\_

16. Czy występują u Pana/i choroby układu moczowego? TAK NIE

Jeśli zaznaczono „TAK”, należy wymienić jakie: (np. niewydolność nerek, kamica nerkowa, choroby pęcherza moczowego, prostaty)

\_\_\_\_\_

17. Czy występują u Pana/i choroby układu hormonalnego? TAK NIE

Jeśli zaznaczono „TAK”, należy wymienić jakie: (np. cukrzyca, nadczynność tarczycy, niedoczynność tarczycy, Hashimoto, wole tarczycowe, dna moczanowa, gruczolaki przysadki mózgowej)

\_\_\_\_\_

18. Czy stosuje Pan/i hormonalne środki antykoncepcyjne? TAK NIE

\_\_\_\_\_

19. Czy występują u Pana choroby oczu?  
 Jeśli zaznaczono „TAK”, należy wymienić jakie: (np. jaskra, zaćma)  
 \_\_\_\_\_  
 TAK NIE
20. Czy występują u Pana/i choroby układu nerwowego?  
 Jeśli zaznaczono „TAK”, należy wymienić jakie: (np. udar mózgu, epilepsja/padaczka, drgawki, miastenia, schorzenia kręgosłupa, bóle głowy)  
 \_\_\_\_\_  
 TAK NIE
21. Czy występują u Pana/i choroby skóry?  
 Jeśli zaznaczono „TAK”, należy wymienić jakie: (np. łuszczyca, trądzik różowaty, trądzik pospolity, nużeniec, opryszczka na twarzy, opryszczka płciowa, stan zapalny na skórze, grzybica, brodawki)  
 \_\_\_\_\_  
 TAK NIE
22. Czy występują u Pana/i inne choroby, w tym przewlekłe?  
 Jeśli zaznaczono „TAK”, należy wymienić jakie, czy zakończono leczenie i kiedy, np. (bruksizm, otyłość, anemia, zaburzenia krzepnięcia krwi, choroba nowotworowa)  
 \_\_\_\_\_  
 TAK NIE
23. Czy przechodził/a Pan/i depresję?  
 Jeśli zaznaczono „TAK”, należy wskazać zażywane leki oraz długość okresu ich przyjmowania:  
 \_\_\_\_\_  
 TAK NIE
24. Czy był/a Pan/i operowany/a lub przechodził/a zabieg?  
 Jeśli zaznaczono: „TAK”, należy podać jaki zabieg/operacja, ile razy i w którym roku?  
 \_\_\_\_\_  
 TAK NIE
- Czy któraś z operacji/zabiegów była przeprowadzana w znieczuleniu ogólnym?  
 \_\_\_\_\_  
 TAK NIE
- Czy któraś z operacji/zabiegów była przeprowadzana w znieczuleniu przewodowym/regionalnym?  
 \_\_\_\_\_  
 TAK NIE
25. Czy nosi Pan/i protezy zębowe lub szkła kontaktowe?  
 \_\_\_\_\_  
 TAK NIE
26. Czy w ciągu ostatnich dwóch tygodni przyjmował/a Pan/i skrzyp polny lub dziurawiec?  
 Jeśli zaznaczono „TAK”, należy wskazać dzienną ilość:  
 \_\_\_\_\_  
 TAK NIE
27. Czy pali Pan/i papierosy?  
 Jeśli zaznaczono „TAK”, ile dziennie:  
 \_\_\_\_\_  
 TAK NIE
28. Czy pije Pan/i alkohol?  
 Jeśli zaznaczono „TAK”, stężenie i ilość w tygodniu:  
 \_\_\_\_\_  
 TAK NIE
29. Czy zażywa Pan/i środki nasenne, uspokajające?  
 Jeśli zaznaczono „TAK”, należy wymienić jakie:  
 \_\_\_\_\_  
 TAK NIE
30. Czy zażywa Pan/i inne używki: narkotyki, środki odurzające?  
 Jeśli zaznaczono „TAK”, należy wymienić jakie:  
 \_\_\_\_\_  
 TAK NIE
31. Czy zażywał/a Pan/i w ciągu ostatnich 6 (sześciu) miesięcy doustne retinoidy? (np. Izotek, Aknenormin, Axotret, Curacane itp.)  
 \_\_\_\_\_  
 TAK NIE
32. Czy miał/a Pan/i transfuzję krwi i/lub innych preparatów krwipochodnych?  
 Jeśli wystąpiły powikłania, należy je wskazać:  
 \_\_\_\_\_  
 TAK NIE
33. Czy często się Pan/i opala?  
 Czy w ciągu ostatnich 4 (czterech) tygodni opalał/a się Pan/i?  
 \_\_\_\_\_  
 TAK NIE
- Czy używa Pan/i kremów z filtrem?  
 \_\_\_\_\_  
 TAK NIE
34. Czy jest Pani w ciąży?  
 \_\_\_\_\_  
 TAK NIE NIE DOTYCZY
35. Czy karmi Pani piersią?  
 \_\_\_\_\_  
 TAK NIE NIE DOTYCZY
36. Czy występują u Pana/i duszności?  
 \_\_\_\_\_  
 TAK NIE
37. Czy występują u Pana/i obrzęki?  
 \_\_\_\_\_  
 TAK NIE
38. Czy występują u Pana/i pokrzywka?  
 \_\_\_\_\_  
 TAK NIE
39. Czy występują u Pana/i swędzenie?  
 \_\_\_\_\_  
 TAK NIE
40. Jaki był ostatni pomiar ciśnienia krwi?  
 \_\_\_\_\_  
 TAK NIE

-----  
 Czytelny podpis Pacjentki/Pacjenta