

# 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

    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 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

Karta Praw Pacjenta dostępna do wglądu w gabinecie.