

Rozpoznanie:

Rodzaj badania: Gastroskopia / Kolonoskopia*

ASA

lub rodzaj operacji:

NAZWISKO:	IMIĘ:		
PESEL:	Masa ciała:	kg	Wzrost: cm

Wywiad chorobowy (właściwe zakreślić):

- | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------|
| • CHOROBA WIEŃCOWA | ☐ NIE | ☐ TAK | |
| • PRZEBYTY ZAWAŁ SERCA | ☐ NIE | ☐ TAK | kiedy? |
| • INNE CHOROBY SERCA | ☐ NIE | ☐ TAK | |
| • NADCIŚNIENIE TĘTNICZE | ☐ NIE | ☐ TAK | |
| • CHOROBY PŁUC I OSKRZELI | ☐ NIE | ☐ TAK | |
| • ŻYLAKI KOŃCZYN DOLNYCH | ☐ NIE | ☐ TAK | |
| • NIEWYDOLNOŚĆ NEREK | ☐ NIE | ☐ TAK | |
| • CHOROBY WĄTROBY | ☐ NIE | ☐ TAK | |
| • CUKRZYCA | ☐ NIE | ☐ TAK | |
| • CHOROBY TARCZYCY | ☐ NIE | ☐ TAK | |
| • PRZEBYTY UDAR MÓZGU | ☐ NIE | ☐ TAK | kiedy? |
| • MIASTENIA (lub inne choroby mięśni) | ☐ NIE | ☐ TAK | |
| • PADACZKA | ☐ NIE | ☐ TAK | |
| • JASKRA | ☐ NIE | ☐ TAK | |
| • CHOROBA NOWOTWOROWA | ☐ NIE | ☐ TAK | |
| • UCZULENIA | ☐ NIE | ☐ TAK | |
| • INNE- JAKIE? | | | |

UŻYWKI

- | | | |
|-------------------------|------------------------------|------------------------------|
| • PAPIEROSY | ☐ NIE | ☐ TAK |
| • ALKOHOL REGULARNIE | ☐ NIE | ☐ TAK |
| • SUBSTANCJE ODURZAJĄCE | ☐ NIE | ☐ TAK |

Przyjmowane obecnie leki:

Przebyte zabiegi:

.....
Data

.....
czytelny podpis pacjenta
lub opiekuna prawnego

.....
podpis, pieczęć lekarza