

UPITNIK O ZDRAVLJU PO PREPORUCI FDI 1998

Bolesnik neka osobno ispuni Upitnik zaokruživanjem DA ili NE. Pri mogućim nejasnoćama neka zamoli pomoć.
Podaci su tajni i služe samo za medicinsku namjenu.

Datum popunjavanja upitnika : _____ Ime i prezime : _____

Datum rođenja : _____ Spol : ___ Zanimanje : _____

Adresa : _____, _____ Telefon : _____

Ime, adresa i telefon najbližeg srodnika : _____

Ako upitnik ispunjava druga osoba napišite njeno ime i prezime : _____

Molimo Vas da odgovorite na sva pitanja .

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Bolujete li od neke bolesti ? | NE | DA |
| 2. Ako da, od koje ? | ..... | ..... |
| 3. Da li Vas je u posljednje dvije godine liječio doktor medicine ? | NE | DA |
| 4. Ako jest, od koje bolesti ? | ..... | ..... |
| 5. Ime, prezime i telefon Vašeg doktora medicine | ..... | ..... |
| 6. Jeste li se u posljednje dvije godine liječili u bolnici ? | NE | DA |
| 7. Koje lijekove uzimate - ponekad ili stalno ? | ..... | ..... |
| 8. Jeste li Vi ili netko u Vašoj obitelji imali komplikacija pri lokalnoj ili općoj anesteziji ? | NE | DA |
| 9. Jeste li alergični na neki lijek ili na nešto drugo ? | ..... | ..... |
| 10. Je li u Vas ikad primijećen poremećaj zgrušavanja krvi ? | NE | DA |
| 11. Jesu li Vas ikad liječili zračenjem glave ili vrata ? | NE | DA |
| 12. Imate li nekakvu infektivnu bolest ? | NE | DA |
| 13. Jeste li ikad primili transfuziju krvi ? | NE | DA |
| Navedite tip i datum | ..... | ..... |
| 14. Jeste li bili izloženi virusu AIDS-a (HIV) ? | NE | DA |
| 15. Jeste li HIV seropozitivni ? | NE | DA |
| 16. Za žene. Jeste li trudni ? | NE | DA |
| Ako jeste kada očekujete porod ? | ..... | ..... |

17. Označite s X bolesti (stanja) što ste ih imali ili imate .

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> mane srčanih zalistaka | <input type="checkbox"/> endokarditis | <input type="checkbox"/> epilepsija (padavica) | <input type="checkbox"/> alergične teškoće |
| <input type="checkbox"/> urođene srčane mane | <input type="checkbox"/> stalni kašalj | <input type="checkbox"/> povećane žlijezde | <input type="checkbox"/> virusni hepatitis |
| <input type="checkbox"/> bronhiektazije | <input type="checkbox"/> TBC | <input type="checkbox"/> gastrointestinalni ulkus | <input type="checkbox"/> astma |
| <input type="checkbox"/> bolesti štitnjače | <input type="checkbox"/> artritis | <input type="checkbox"/> visoki krvni tlak | <input type="checkbox"/> leukemija |
| <input type="checkbox"/> diabetes (šećerna b.) | <input type="checkbox"/> umjetni srčani zalistak | <input type="checkbox"/> anemija | <input type="checkbox"/> usna kandidijaza |
| <input type="checkbox"/> sinusitis | <input type="checkbox"/> srčani pacemaker | <input type="checkbox"/> glaukom | <input type="checkbox"/> žutica |
| <input type="checkbox"/> malignom (rak) | <input type="checkbox"/> psihijatrijsko liječenje | <input type="checkbox"/> spolna bolest | <input type="checkbox"/> plućni ispljuvak |

Molimo napišite naziv bolesti koju imate, a nije upisana u Upitnik _____

Potpis :

Pregledao :