

Ankieta dotycząca stanu zdrowia przed zabiegiem krioterapii ogólnoustrojowej

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** podczas wizyty kwalifikacyjnej.

Poniższe pytania służą do zebrania informacji koniecznych do upewnienia się, że nie występują żadne przeciwwskazania do wykonania zabiegu krioterapii ogólnoustrojowej w ZOD FREGATA sp. z o.o.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....PESEL

Nazwisko, imię pacjenta

Telefon

Adres.....

Płeć: Kobieta Mężczyzna

Proszę zapoznać się z poniższą listą przeciwwskazań i zaznaczyć „X” w rubryce „TAK”, jeśli któreś występuje lub występowało:

Przeciwwskazania	TAK	NIE
1. Nietolerancja i nadwrażliwość na zimno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Układowe choroby tkanki łącznej:		
a) Krioglobulinemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Kriofibrynogenemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Hemioglobulinuria napadowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Choroba Raynauada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) uszkodzenia powierzchniowych naczyń krwionośnych, zmiany niedokrwiennie w skórze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Schorzenia układu hormonalnego: niewyrównana niedoczynność tarczycy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Choroby nowotworowe i aktualnie leczone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Schorzenia układu sercowo-naczyniowego:		
a) Niewyrównane nadciśnienie tętnicze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Niestabilna choroba niedokrwienna serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Zaawansowana postać stabilnej choroby niedokrwiennej serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Niewydolność krążeniowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Wady aparatu zastawkowego serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Zwężenie zastawek półksiężycowych aorty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Zwężenie zastawki dwudzielnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Inne choroby mięśnia sercowego oraz aparatu zastawkowego w fazie niewydolności krążenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Poważne zaburzenia rytmu serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Zaburzenia rytmu serca (m.in. tachykardia zatokowa powyżej 100 uderzeń/minutę)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Przebyty zawał	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Miażdżycza zarostowa tętnic kończyn dolnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

m) Przebyte zakrzepy żyłne i zatory tętnic obwodowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Przecięki żylnno-tętnicze płuc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Wada aparatu zastawkowego serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Choroba niedokrwienna serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Choroby skóry		
a) Zmiany skórne o charakterze ropno-zgorzelinowym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Uszkodzenie powłok skórnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Zmiany troficzne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Nadmierna potliwość skóry	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Neuropatie układu współczulnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wyniszczenie i wychłodzenie organizmu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Zaburzenia psychiczne		
a) Klaustrofobia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Zaburzenia psychiczne uniemożliwiające nawiązanie współpracy z personelem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Zaburzenia psychiczne uniemożliwiające wyrażenie świadomej zgody tj.: głębokie otępienie, zaostrenie zaburzeń psychiatrycznych, poważne zaburzenia afektywne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Myśli i tendencje samobójcze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Uzależnienie od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Niektóre choroby układu oddechowego		
a) Czynna gruźlica płuc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ostre schorzenie dróg oddechowych o różnej etiologii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Jaskra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Choroby układu moczowo-płciowego, w tym stany zapalne:		
a) Zapalenie pęcherza moczowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Zapalenie miedniczek nerkowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Choroby lub zaburzenia uniemożliwiające samodzielne poruszanie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....
Data

.....
Podpis Pacjenta

Pomiar ciśnienia i tętna

Ciśnienie		Tętno	
-----------	--	-------	--

.....
Data

.....
Podpis osoby wykonującej badanie

Kwalifikacja lekarska

Na podstawie ankiety o stanie zdrowia i wywiadu przeprowadzonego z pacjentem stwierdzam brak przeciwwskazań do wykonania zabiegu krioterapii ogólnoustrojowej.

.....
Data

.....
Podpis osoby wykonującej badanie