



Wywiad Epidemiologiczny

Happy Clinic dr Iwona A. Manikowska

IMIĘ I NAZWISKO.....

DATA URODZENIA

ADRES.....

TELEFON KONTAKTOWY.....

Data wypełnienia kwestionariusza medycznego

.....

HISTORIA MEDYCZNA PACJENTA:

Czy przebył/a Pan/i bądź jest w trakcie leczenia narządów wewnętrznych?
(nerki, wątroba, tarczyca) TAK | NIE

Jeśli tak proszę podać, jaka to choroba.....

Czy choruje Pan/i na jakąś chorobę przewlekłą? TAK | NIE

Jeśli tak, proszę podać, jakie.....

Czy jest Pani w ciąży lub karmi Pani piersią? TAK NIE TAK | NIE

Czy stosuje Pan/i jakieś leki (antybiotyki, leki zmniejszające krzepliwość typu
Aspiryna, Acarad, Polocard, Acenokumarol, Areplex, Zylt, Plavix, Alcotin

I inne leki przeciwkrzepliwe)? TAK | NIE

Jeśli tak, proszę podać, jakie.....

Czy w przeciągu ostatnich 6 miesięcy przyjmował/a Pan/i jakieś leki regularnie? TAK | NIE

Jeśli tak, proszę podać, jakie.....

Czy obecnie Pani miesiączkuje? TAK | NIE

Czy w przeciągu ostatnich 6 miesięcy przebył/a Pan/i poważną operację lub
Wrywanie zęba?

Jeśli tak proszę podać, jaką.....

Czy kiedykolwiek miał/a Pan/i opryszczkę? TAK | NIE

Jeśli tak proszę podać, kiedy ostatnio i jak często się zdarza.....

Czy ma Pan/i trądzik lub inne aktywne schorzenie skóry? TAK | NIE

Jeśli tak, to proszę podać, jakie.....

Czy jest Pan/i chory/a na cukrzycę? TAK | NIE

vJeśli tak proszę podać, jaki typ.....

Czy ma Pan/i jakieś choroby o podłożu autoimmunologicznym?	TAK NIE
Jeśli tak, to czy poziom przeciwciał jest zerowy lub bliski tej wartości?	TAK NIE
Czy cierpi Pan/i na jakieś dodatkowe dolegliwości, o których powinna Pan/i poinformować lekarza?	TAK NIE
Jeśli tak, to proszę podać, jakie.....	
Czy cierpi Pan/i na chorobę Hashimoto?	TAK NIE
Czy korzystał/a Pan/i kiedykolwiek z usług psychiatry?	TAK NIE
Czy cierpi Pan/i na jakieś alergie?	TAK NIE
Jeśli tak, proszę podać, jakie.....	
Czy miał/a Pan/i kiedykolwiek wykonywane znieczulenie (stomatologiczne) przy użyciu lidokainy?	TAK NIE
Czy wystąpiły jakieś skutki uboczne po użyciu znieczulenia?	TAK NIE
Jeśli tak, proszę podać, jakie.....	
Czy ma Pan/i skłonność do powstawania blizn przerostowych lub/i koloidów?	TAK NIE
Czy jest Pan/i uczulona na kwas hialuronowy?	TAK NIE
Czy regularnie korzysta Pan/i z basenu, sauny, siłowni, aerobiku itp.	TAK NIE
Jeśli tak proszę podać, z jakiego typu aktywności i jak często.....	
Czy planuje Pan/i wzmoczoną aktywność w ciągu najbliższych 72 h?	TAK NIE
Czy kiedykolwiek korzystał/a Pan/i z zabiegów z zakresu medycyny estetycznej (peelingi, laseroterapia, mezoterapia)?	TAK NIE
Jeśli tak proszę podać typ zabiegu oraz datę jego przeprowadzenia.....	
Czy kiedykolwiek poddawała się Pani zabiegom permanentnym lub wchłanianymi Wypełniaczami? TAK NIE	TAK NIE
Jeśli tak proszę podać, jaki był to zabieg, kiedy wykonywany i przy użyciu, jakiego Preparatu	
Jeśli tak, to czy wystąpiły jakiegokolwiek problemy lub reakcja na te iniekcje?	TAK NIE
Jeśli tak, jakiego typu były to problemy?.....	
Czy spożywał/a Pan(i) dziś lub wczoraj napoje alkoholowe?	TAK NIE
Jeśli tak to proszę podać, kiedy i w jakiej ilości?	TAK NIE