**UPITNIK O ZDRAVSTVENOM STANJU PACIJENTA**

**(PREPORUKA FDI 1998)**

Pacijent popunjava upitnik lično i to zaokruživajem polja DA i NE, kao i dopunjavanjem praznih polja.

Podaci dobijeni od pacijenta su tajni i mogu biti upotrebljeni samo u medicinske svrhe.

Datum popunjavanja upitnika\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ime i prezime pacijenta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pol pacijenta M Ž

Datum rođenja\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zanimanje \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kućni telefon\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mobilni telefon\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ime, adresa i telefon najbližeg rođaka\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ako upitnik popunjava druga osoba, njeno ime i prezime\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Molimo Vas da popunite **SVA** polja:

**NE**

**DA**

1. Bolujete li od neke bolesti

1a. Ako da, koja je to bolest\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NE**

**DA**

2. Da li Vas je u poslednje dve godine lečio doktor medicine

2a. Ako da, od koje ste bolesti lečeni\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Ime i prezime Vašeg doktora medicine\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Ustanova u kojoj radi Vaš doktor medicine\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NE**

**DA**

5. Da li ste se u poslednje dve godine lečili u bolnici

6. Koje lekove uzimate ponekad ili stalno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NE**

**DA**

7. Da li ste alergični na neki lek ili na nešto drugo

**NE**

**DA**

8. Da li ste Vi ili neko u Vašoj porodici imali problem pri lokalnoj ili opštoj anesteziji

**NE**

**DA**

9. Da li je kod Vas primećen poremećaj zgrušavanja krvi

**NE**

**DA**

10. Da li ste ikada lečeni zračenjem glave ili vrata

**NE**

**DA**

11. Da li imate neku infektivnu (zaraznu) bolest

**NE**

**DA**

12. Da li ste ikada primili transfuziju krvi

12a. Navedite tip i datum transfuzije\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NE**

**DA**

13. Da li ste potencijalno bili izloženi virusu AIDS-a (HIV-a)

**NE**

**DA**

14. Da li ste HIVpozitivni

**NE**

**DA**

15. Da li ste trudni

15a. Ako jeste koji Vam je termin porođaja\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

16. Zaokružite bolesti i stanja od kojih ste bolovali ili bolujete kao i navike:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| mane srčanih zalistaka | endokarditis | epilepsija  (padavica) | alergije |
| urođene srčane mane | stalni kašalj | uvećane žlezde | virusni hepatitis  (žutica) |
| bronhiektazije | TBC  (tuberkuloza) | gastrointestinalni ulkus (čir) | astma |
| bolesti štitne žlezde | artriti  (upala zglobova) | hipertenzija  (visok krvni pritisak) | leukemija |
| diabetes  (šećerna bolest) | veštački srčani zalistak | anemija | kandidijaza usta |
| sinusitis  (upala sinusa) | pacemaker srca | glaukom | maligna bolest  (rak) |
| psihijatrijska bolest | polne bolesti | osteoporoza | (bolesti kojih nema u upitniku) |
| pušenje | alkohol | narkotici |

Potpis lekara Potpis pacijenta

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_