

**ODDELEK ZA GINEKOLOGIJO**

**KANDIJSKA CESTA 4**

**8000 NOVO MESTO**

**VPRAŠALNIK O ZDRAVJU**

Spoštovane pacientke! Prosimo vas, da pozorno preberete vprašalnik in odgovorite na zastavljena vprašanja, ker nam bodo odgovori pomagali pri vaši nadaljnji obravnavi. Podatki so zaupne narave in služijo samo v medicinske namene.

PROSIMO, DA OBKROŽITE PRAVILNI ODGOVOR.

IME IN PRIIMEK:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATUM ROJSTVA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Ali imate kakšno alergijo na zdravila? NE DA - naštejte katera:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Ali imate kakšne druge alergije? NE DA - na kaj:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Ali jemljete zdravila

* zaradi povišanega krvnega tlaka NE DA, katera\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* zaradi bolezni srca in ožilja NE DA, katera\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* proti strjevanju krvi NE DA, katera\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* druga zdravila NE DA, katera\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Ali imate, ali ste preboleli globoko vensko trombozo, pljučno embolijo, srčno ali možgansko kap, motnjo, ki je lahko znak srčne kapi (angino pektoris ali hude bolečine v prsnem košu) ali možganske kapi (TIA oz. prehodne ishemične žilne napade –rahla začasna kap brez posledic)? NE DA (podčrtajte katero)

5. Imate katerokoli bolezen ali stanje, ki lahko poveča tveganje za trombozo (rak, sistemski eritematozni lupus, srpastocelična bolezen, Chronova bolezen, ulcerozni kolitis, hemolitično-uremični sindrom)? NE DA (podčrtajte katero)

6. Ali ste imeli kdaj ugotovljeno motnjo v strjevanju krvi? NE DA

7. Ali imate migrene? NE DA

8. Ali imate oz. ste kdaj imeli kakšno jetrno bolezen (npr. zlatenico), benigen ali maligen tumor jeter ali bolezen žolčnika (npr. žolčne kamne) NE DA (podčrtajte katero)

9. Ali imate kakšno kronično bolezen kot npr. sladkorno bolezen, kronično ledvično bolezen, bolezni ščitnice, epilepsijo, povišane maščobe v krvi? NE DA (podčrtajte katero)

10. Ali imate ali ste kdaj imeli vnetje trebušne slinavke (pankreatitis) z visokimi koncentracijami maščob v krvi? NE DA

11. Ali imate srčno napako ali kakšne prirojene napake? NE DA, katero\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Ali ste bili do sedaj kaj operirani (če ste bili, napišite kaj)? NE DA, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

13. Ali ste kdaj prejeli transfuzijo? Če ste jo prejeli, napišite ali so se ob tem pojavili stranski učinki in kakšni. NE DA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

14. Ali ste imeli kdaj kakršnekoli težave ob uporabi hormonske terapije oz. kontracepcije?

 NE DA, katere\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

15. Ali ste preboleli raka dojke, jajčnikov, maternice? NE DA (podčrtajte katerega)

16. Ali je v vašem sorodstvu prisoten rak dojke, ali rak jajčnikov(mama, sestra, hči)?

 NE DA (podčrtajte kateri)

17. Ali imate bližnjega sorodnika (starša, sorejenca), ki je v mladih letih (pred 50 letom starosti) imel tromboembolijo (globoko vensko trombozo, pljučno embolijo, srčno ali možgansko kap, prehodni ishemični napad (angino pektoris ali TIA)?

 NE DA (podčrtajte katero)

18. Ali kadite? NE DA\_\_\_\_\_\_(št. cigaret/dan)

19. Ali uporabljate kakšno hormonsko terapijo (kontracepcijska sredstva ali nadomestno hormonsko terapijo)? NE DA

* **Če uporabljate hormonsko terapijo, obkrožite ali ste seznanjeni in ali razumete tveganja ob uporabi. NE DA**
* **Če uporabljate hormonsko terapijo navedite naslednje meritve:**

 **Telesna teža: Krvni pritisk:**

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis pacientke:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis zdravnika:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OB 7 017 03 04