

**Ambulatoryjna historia medyczna**

**Informacje ogólne**

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ ubezpieczenia społecznego: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data urodzenia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Wiek: \_\_\_\_\_ Płeć:  M  K Data: \_\_\_\_\_

**Historia medyczna** (proszę zaznaczyć problemy występujące obecnie i w przeszłości)

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergie/katar sienny      | <input type="checkbox"/> Cukrzyca                               | <input type="checkbox"/> Zapalenie wątroby          | <input type="checkbox"/> Problemy seksualne                      |
| <input type="checkbox"/> Anemia                    | <input type="checkbox"/> Depresja                               | <input type="checkbox"/> Przepuklina                | <input type="checkbox"/> Choroba przenoszona drogą płciową       |
| <input type="checkbox"/> Problemy lękowe           | <input type="checkbox"/> Problemy z uszami/ze słuchem           | <input type="checkbox"/> Opryszczka                 | <input type="checkbox"/> Choroba skóry/rany                      |
| <input type="checkbox"/> Zapalenie stawów          | <input type="checkbox"/> Problemy z oczami/ze wzrokiem          | <input type="checkbox"/> Wysokie ciśnienie krwi     | <input type="checkbox"/> Problemy ze snem                        |
| <input type="checkbox"/> Astma/sapanie             | <input type="checkbox"/> Problemy ze stopami                    | <input type="checkbox"/> Wysoki poziom cholesterolu | <input type="checkbox"/> Choroba żołądka/układu pokarmowego      |
| <input type="checkbox"/> Ból pleców                | <input type="checkbox"/> Choroba pęcherzyka żółciowego/kamienie | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS                   | <input type="checkbox"/> Udar                                    |
| <input type="checkbox"/> Problemy z krwawieniem    | <input type="checkbox"/> Nieżyt żołądka/wrzody                  | <input type="checkbox"/> Choroba nerek/kamienie     | <input type="checkbox"/> Zaburzenia tarczycy                     |
| <input type="checkbox"/> Transfuzja krwi           | <input type="checkbox"/> Dna                                    | <input type="checkbox"/> Choroba wątroby            | <input type="checkbox"/> Gruźlica (lub pozytywny wynik testu TB) |
| <input type="checkbox"/> Urazy kości/stawów        | <input type="checkbox"/> Bóle głowy/migrena                     | <input type="checkbox"/> Choroba płuc               | <input type="checkbox"/> Problemy z układem moczowym             |
| <input type="checkbox"/> Rak                       | <input type="checkbox"/> Choroba serca                          | <input type="checkbox"/> Problemy z menstruacją     |  |
| <input type="checkbox"/> Ospa wietrzna             | <input type="checkbox"/> Zaburzenia rytmu serca                 | <input type="checkbox"/> Choroba umysłowa           |  |
| <input type="checkbox"/> Drgawki/ataki             | <input type="checkbox"/> Hemoroidy                              | <input type="checkbox"/> Osteoporoza                |  |
| <input type="checkbox"/> Demencja/utrata pamięci   |   | <input type="checkbox"/> Zapalenie płuc             |  |
| <input type="checkbox"/> Choroba zębów/jamy ustnej |   | <input type="checkbox"/> Zaburzenia prostaty        |  |

Proszę podać szczegółowe informacje na temat wszystkich zaznaczonych pozycji, lub podać informacje na temat innych problemów, jeśli nie znajdują się one na liście:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Historia chirurgiczna** (proszę podać datę i rodzaj przebytych zabiegów chirurgicznych)

Data	Zabieg chirurgiczny	Data	Zabieg chirurgiczny

**Leki** (Proszę podać używane leki, zarówno na receptę jak i bez recepty, w tym dawki i częstotliwość zażywania. Proszę uwzględnić wszystkie typy leków, w tym kremy i krople do oczu.)

Lek	Dawka i częstotliwość	Lek	Dawka i częstotliwość

Czy przyjmujesz inne środki w celu utrzymania zdrowia lub leczenia symptomów (na przykład witaminy, zioła lub produkty na utratę wagi)? Proszę je podać: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Alergie i gwałtowne reakcje** (Proszę podać listę substancji, które powodują złą reakcję, oraz opisać tą reakcję. Proszę uwzględnić leki na receptę i bez recepty, żywność, rośliny lub inne materiały.)

Substancja	Reakcja	Substancja	Reakcja

**Historia osobista i przzwyczajenia** (Proszę pamiętać, że mimo iż te pytania są osobiste, udzielone odpowiedzi będą poufne.)

Czy jesteś obecnie zatrudniony/a? Jeśli tak, proszę podać zawód: \_\_\_\_\_  
 Czy jesteś?  Kawaler/Panna  Żonaty/Zamężna  Rozwiedziony/a  Wdowiec/Wdowa  
 Czy jesteś aktywny/a seksualnie?  Tak  Nie  
 Czy masz dzieci?  Tak  Nie Jeśli tak, proszę o podanie ich wieku? \_\_\_\_\_  
 Kto mieszka z Tobą w Twoim domu? \_\_\_\_\_  
 Czy w domu potrzebujesz pomocy w poruszaniu się, ubieraniu, kąpaniu, korzystaniu z łazienki, jedzeniu?  Tak  Nie  
 Jeśli tak, w czym potrzebujesz pomocy? \_\_\_\_\_  
 Czy ćwiczysz?  Tak  Nie Jeśli tak, co ćwiczysz i jak często? \_\_\_\_\_  
 Kiedy ostatnio badałeś/aś zęby? \_\_\_\_\_ Kiedy ostatnio badałeś/aś wzrok? \_\_\_\_\_  
 Czy nosisz protezy dentystyczne?  Tak  Nie Czy nosisz okulary lub soczewki kontaktowe?  Tak  Nie  
 Czy ostatnio podróżowałeś/aś lub czy często podróżujesz poza teren USA?  Tak  Nie Jeśli tak, dokąd?  
 \_\_\_\_\_

### **Bezpieczeństwo**

Czy w przeciągu ostatnich 6 miesięcy upadłeś/aś?  Tak  Nie  
 Czy używasz łaski, balkoniku lub innego urządzenia pomagającego w przemieszczaniu się?  Tak  Nie  
 Czy czujesz się nieswojo lub w jakikolwiek sposób zagrożony/a (w domu, pracy lub w innym miejscu)?  Tak  Nie  
 Czy byłeś/aś ofiarą przemocy lub nadużycia (w tym seksualnego)?  Tak  Nie  
 Czy Ty lub członkowie Twojej rodziny posiadają w domu broń?  Tak  Nie  
 Czy podczas jazdy samochodem zapinasz pasy?  Nie  Tak  Czasami  
 Czy w domu znajdują się wykrywacze dymu?  Nie  Tak  Nie wiem

### **Substancje**

Czy zażywasz tytoń?  Tak  Nie Jeśli nie, czy kiedykolwiek zażywałeś/aś tytoń?  Tak  Nie  
 Jeśli „tak”:  Papierosy Liczba i przez jak długo: \_\_\_\_\_  
 Cygara Liczba i przez jak długo: \_\_\_\_\_  
 Tytoń do żucia Ilość i przez jak długo: \_\_\_\_\_  
 Czy w minionym roku kiedykolwiek zażywałeś/aś narkotyki w ilościach większych niż pierwotnie to zakładałeś/aś?  Tak  Nie  
 Czy w minionym roku kiedykolwiek rozważałeś/aś ograniczenie ilości spożywanego alkoholu lub narkotyków?  Tak  Nie  
 Czy kiedykolwiek zdenerwowałeś/aś się na osobę rozmawiającą z Tobą o Twoim spożyciu alkoholu/zażywaniu narkotyków?  Tak  Nie  
 Czy kiedykolwiek czułeś/aś się winny/a z powodu spożywania alkoholu/zażywania narkotyków?  Tak  Nie  
 Czy kiedykolwiek musiałeś/aś z rana wypić „klina” (poranny drink) aby móc rozpocząć dzień?  Tak  Nie  
 Ile standardowych drinków wypijasz zazwyczaj w ciągu tygodnia? (Standardowy drink to 12 uncji piwa, 5 uncji wina lub 1 kieliszek likieru)  1-7  8-10  11-13  14-20  21-30  31-40  41 lub więcej

### **Odżywianie**

Jaka jest Twoja przeciętna waga? \_\_\_\_\_ Jaki jest Twój przeciętny wzrost? \_\_\_\_\_  
 Czy nieumyślnie przybrałeś/aś lub straciłeś/aś 10 funtów w ciągu ostatnich 3 miesięcy?  Tak  Nie Jak dużo?  
 \_\_\_\_\_  
 Czy spożywałeś/aś mniejsze ilości pożywienia przez dłużej niż tydzień?  Tak  Nie  
 Czy masz problemy z przelicyaniem?  Tak  Nie  
 Czy masz odleżyny lub wrzody skóry?  Tak  Nie  
 Czy jesteś w trakcie zmodyfikowanej lub specjalnej diety, bądź korzystasz z karmienia przez zgłębnik?  Tak  Nie  
 Jeśli tak, opisz to: \_\_\_\_\_  
 (W przypadku **kobiet**): Czy jesteś w ciąży lub karmisz piersią?  Tak  Nie

**Historia rodzinna** (w przypadku jakichkolwiek przeszłych lub obecnych chorób w rodzinie, opisz stopień pokrewieństwa z członkiem rodziny):

Choroba	Członek rodziny	Choroba	Członek rodziny
Nadużywanie alkoholu/substancji		Wysoki poziom cholesterolu	
Rak; rodzaj: _____		Choroby psychiatryczne	
Cukrzyca		Udar	
Choroba/atak serca		Gruźlica	
Wysokie ciśnienie krwi		Inne: _____	

**Historia położnicza/ginekologiczna (tylko w przypadku kobiet)**

Wiek, w którym dostałaś pierwszej miesiączki? \_\_\_\_\_ Jeśli nie masz już miesiączek, w jakim wieku przestały występować? \_\_\_\_\_

Proszę wymienić: Całkowita liczba ciąż? Aborcje \_\_\_\_\_ Poronienia? \_\_\_\_\_  
 Czy korzystasz z jakichkolwiek środków kontroli urodzin? Tak Nie Jeśli tak, jakiego rodzaju? \_\_\_\_\_

Czy masz ciężkie, nieregularne cykle menstruacyjne? Tak Nie

Czy masz historię bólów miedniczych? Tak Nie

**Informacje na temat raka**

**Rak okrężnicy** (w przypadku mężczyzn i kobiet po 50 roku życia):

Czy kiedykolwiek przechodziłeś/aś testy pod kątem wykrycia raka okrężnicy? Tak Nie Nie wiem

**Rak szyjki macicy i piersi** (tylko w przypadku kobiet):

Kiedy miałaś ostatnie badanie cytologiczne? \_\_\_\_\_ Rok: \_\_\_\_\_ Nie pamiętam  
Nigdy

Czy kiedykolwiek wynik badania cytologicznego był nienormalny? Tak Nie Nie wiem

Kiedy miałaś ostatnią mammografię? Rok: \_\_\_\_\_ Nie pamiętam Nigdy

Czy kiedykolwiek wynik mammografii był nienormalny? Tak Nie Nie wiem

**Szczepienia** (jeśli wiadomo, kiedy wykonano je po raz ostatni):

Przeciwtężcowe: Tak, Rok: \_\_\_\_\_ Nigdy Nie wiem

Przeciw grypie: Tak, Rok: \_\_\_\_\_ Nigdy Nie wiem

Przeciw zapaleniu płuc: Tak, Rok: \_\_\_\_\_ Nigdy Nie wiem

**Dyspozycje na przyszłość**

Czy posiadasz Testament życia (instrukcje na temat żądanej opieki medycznej na wypadek ciężkiej choroby)? Tak Nie Nie wiem

Czy posiadasz Pełnomocnictwo dotyczące opieki zdrowotnej (instrukcje na temat tego, kto ma podejmować decyzje medyczne w sytuacji, gdy Ty nie będziesz mógł/mogła ich podjąć)? Tak Nie Nie wiem

Czy chcesz uzyskać więcej informacji na temat Testamentu życia lub Pełnomocnictwa? Tak Nie

## OBJAWY — Przegląd systemów:

Należy zaznaczyć wszystkie, które występują

### OGÓLNOUSTROJOWE:

- Gorączka
- Pocienie nocne
- Przyrost masy ciała \_\_\_\_\_ (funty)
- Utrata masy ciała \_\_\_\_\_ (funty)
- Brak tolerancji na ćwiczenia

### OCZY:

- Suche oczy
- Podrażnienie
- Zmiana widzenia

### USZY, NOS, USTA, GARDŁO:

- Problemy ze słuchem
- Ból uszu
- Częste krwotoki z nosa
- Problemy z nosem/zatokami
- Ból gardła
- Krwawiące dziąsła
- Chrapanie
- Suche usta
- Nieprawidłowości w jamie ustnej
- Wrzód w jamie ustnej
- Nieprawidłowości zębów

### UKŁAD KRAŻENIA:

- Ból w klatce piersiowej podczas wysiłku
- Ból ramienia podczas wysiłku
- Spłycony oddech podczas chodzenia
- Spłycony oddech podczas leżenia
- Palpitacje
- Stwierdzone szmery serca
- Zawroty głowy podczas stania

### ODDECHOWE:

- Kaszel
- Sapanie
- Spłycony oddech
- Kaszel z krwią
- Bezdech senny

### ŻOŁĄDKOWO-JELITOWE:

- Ból brzucha
- Zgaga
- Wymioty
- Zmiana apetytu
- Czarny lub smołowy stolec
- Biegunka
- Zaparcie
- Wymioty z krwią

### MOCZOWO-PLCIOWE:

- Nietrzymanie moczu
- Trudność w oddawaniu moczu
- Zwiększona częstość oddawania moczu
- Krew w moczu (krwiomocz)
- Niepełne opróżnianie

### UKŁAD MOCZOWY —

#### KOBIETY:

- Nienormalna wydzielina z pochwy
- Krwawienie pomiędzy miesiączkami
- Guzy piersi
- Uderzenia gorąca
- Nieregularne miesiączki
- Ból podczas stosunku
- Silny ból menstruacyjny
- Rany na genitaliach

### UKŁAD MOCZOWY —

#### MĘŻCZYŹNI:

- Guzy na jądrach
- Wydzielina z penisa
- Rany na genitaliach
- Niepełna erekcja penisa

### MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWE:

- Bóle mięśni
- Słabość mięśni
- Ból stawów
- Ból pleców
- Obrzęk

### SKÓRNE:

- Nienormalne znamię
- Żółtaczka
- Wysypka
- Problemy z paznokciami
- Swędzenie
- Sucha skóra
- Narośle/zmiany patologiczne

### NEUROLOGICZNE:

- Utrata przytomności
- Słabość
- Zdrętwienie
- Utrata pamięci
- Ataki
- Zawroty głowy
- Bóle głowy
- Migrena
- Zespół niespokojnych nóg

### PSYCHIATRYCZNE:

- Depresja
- Niepokój
- Zaburzenia snu/niespokojny sen
- Brak poczucia bezpieczeństwa w związku
- Nadużywanie alkoholu

### HORMONALNE:

- Zmęczenie
- Zwiększone pragnienie
- Wypadanie włosów
- Zwiększony porost włosów
- Brak tolerancji na zimno

### HEMATOLOGICZNE/LIMFATYCZNE:

- Obrzmiałe gruczoły
- Łatwe powstawanie siniaków
- Nadmierne krwawienie

### ALERGICZNE/IMMUNOLOGICZNE:

- Katar
- Ucisk zatokowy
- Swędzenie
- Pokrzywka
- Częste kichanie

Przejrzany przez:

LEKARZ

DATA