

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 rozważyłeś/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 czuleś/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 dłuższy niż tydzień? Tak Nie
 Czy masz problemy z przelityaniem? 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