



ОПИТУВАЛЬНИК ЩОДО СТАНУ ЗДОРОВ'Я

Реєстр. номер: Прізвище: Ім'я: народж.: Номер медкарти:

1. Сьогодні ви відчуваєте себе хворим(-ою)?

так ні якщо так, з якого часу?

1.1 Які скарги ви маєте?

наприклад:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> відсутність апетиту; | <input type="checkbox"/> підвищення температури; | <input type="checkbox"/> кашель; |
| <input type="checkbox"/> ранкова мокрота і кашель із кров'ю; | <input type="checkbox"/> задишка; | <input type="checkbox"/> скарги щодо серця; |
| <input type="checkbox"/> головний біль; | <input type="checkbox"/> інші болі; | <input type="checkbox"/> діарея; |
| <input type="checkbox"/> нудота; | <input type="checkbox"/> блювота; | <input type="checkbox"/> виділення; |
| <input type="checkbox"/> біль при сечовиділенні; | <input type="checkbox"/> шкірні висипання, свербіж, утворення пухирів; | <input type="checkbox"/> печіння, біль, свербіж у статевих органах |

інше;

1.2 Ви палите?

так ні

1.3 Ви вагітна?

так ні я не впевнена

Назвіть перший день останньої менструації:

2. Чи були ви будь-коли госпіталізовані до лікарні через нещасний випадок або операцію?

так ні якщо так, в якому році?

3. Чи отримали ви протягом останніх двох років тілесні ушкодження, наприклад ножові, вогнепальні поранення, переломи кісток?

так Ні якщо так, коли?

4. У вас будь-коли були захворювання, що передаються статевим шляхом?

так Ні якщо так, в якому році?

Ви проходили лікування?

так ні

Ваше лікування завершилося?

так ні не знаю

5. Чи приймаєте ви будь-який лікарський засіб на постійній основі? (таблетки, краплі, сироп, ін'єкції)

так ні

5.1 Що це за лікарський засіб?

Назва препарату:

не знаю

6. Чи були у вашій родині серйозні захворювання (у батьків, бабусь дідусів, братів, сестер, дітей)?

наприклад, туберкульоз

так ні не знаю

наприклад, СНІД

так ні не знаю

Інші серйозні захворювання:

так ні не знаю

Які?

7. Чи хворіли ви будь-коли на туберкульоз?

так ні не знаю

Коли, протягом якого часу й де ви проходили лікування?

Реєстр. номер: Прізвище:

Ім'я:

народж.:

Номер медкарти:

7.1 Чи були у членів вашої родини друзі чи сусіди, які хворіли на туберкульоз?

так

ні

не знаю

7.2 Коли і де ви в останній раз робили рентген легенів?

так

ні

не знаю

8. Чи були у вас чи були у вас контакти з людиною, хворою на дитячий параліч (поліомієліт)?

так

ні

не знаю

Де і коли?

8.1 Ви були вакциновані проти поліомієліту?

так

ні

не знаю

Де і коли?

8.2 Ви були вакциновані від SARS-CoV-2?

так

ні

не знаю

Як часто і якою вакциною?

Де і коли?

8.3 Ви були вакциновані від кору?

так

ні

не знаю

9.1 У разі медичного лікування я даю згоду на передачу моїх висновків після переведення.

так

ні

Первинні відомості:

Заг. фізичний стан:

свідомість:

психічний стан:

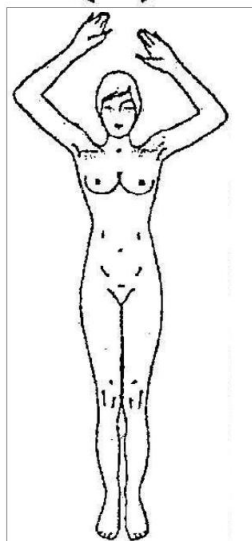
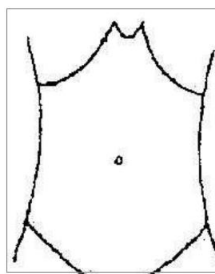
шкіра/слизові оболонки:

голова та шия:

горло:

лімфатичні вузли / щитовидна

залоза



- шрам
x біль при пальпації
o патологічна
резистентність
/// звук
xxx шум при диханні
ooo сторонній шум

Грудна клітина:

Серце:

Легені:

Артеріальний тиск:

Черевна порожнина:

Печінка:

Селезінка:

Ложе нирок:

Резистентність:

Грижа:

Опорно-руховий апарат:

Хребет:

Кінцівки:

Інші важливі знахідки:

