



## DOTAZNÍK PŘED GASTROENTEROLOGICKÝM VYŠETŘENÍM

Základní osobní údaje

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_ Datum narození: \_\_\_\_\_

Alergie:  ANO, jaké \_\_\_\_\_ Léky na ředění krve:  ANO, jaké \_\_\_\_\_  
 NE  NE

### 1. S jakými onemocněními se léčíte nebo jste se v minulosti léčil/a?

	Váš komentář, upřesnění onemocnění	Časové období
<input type="checkbox"/> <b>Onemocnění zažívacího traktu</b>		
<input type="checkbox"/> Jícnu (zánět, reflux...)		
<input type="checkbox"/> Žaludku, dvanácterníku (vředy, nádor...)		
<input type="checkbox"/> Střev (zánět, nádor...)		
<input type="checkbox"/> Jater (infekční hepatitida, cirhóza, nádor...)		
<input type="checkbox"/> Žlučníku (zánět, kameny...)		
<input type="checkbox"/> <b>Onemocnění srdeční a oběhové soustavy</b>		
<input type="checkbox"/> Srdce (chlopenní vady, infarkt, arytmie...)		
<input type="checkbox"/> Vysoký krevní tlak		
<input type="checkbox"/> Cévní mozková příhoda		
<input type="checkbox"/> <b>Onemocnění plic</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Onemocnění krve (anemie, leukemie...)</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Onemocnění ledvin a močových cest</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Onemocnění štítné žlázy</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Cukrovka</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Epilepsie</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Jiná onemocnění</b>		

### 2. Jaké operace jste prodělal/a?

Operační výkon	Přibližné datum

### 3. Jaké léky pravidelně užíváte (včetně ev. hormonální antikoncepce či doplňků stravy)?

Vyplňte nebo přiložte platný seznam léků, které užíváte.

Název léku	Gramáž (např. 20 mg)	Dávkování			Od kdy lék užíváte (např. od r. 2006)
		Ráno	Poledne	Večer	

**4. Užíval/a jste v poslední době i jiné léky (např. antibiotika)?**

NE

ANO, jaké \_\_\_\_\_

**5. Kouříte?**

NE

ANO, počet cigaret za den:  0-10 cigaret/den  11 - 20 cigaret/den  > 21 cigaret/den  
jak dlouho (např. 10 let): \_\_\_\_\_

**6. Pijete alkohol?**

NE

ANO, preferuji:  pivo  víno  tvrdý alkohol  
množství za týden: \_\_\_\_\_

**7. Máte potíže se stolicí?**

NE

ANO, jaké \_\_\_\_\_

**8. Máte potíže s močením?**

NE

ANO, jaké \_\_\_\_\_

**9. Máte potíže s příjmem potravy?**

NE

ANO (vyberte) :  problémy s polykáním  
 nechut k jídlu  
 nechtěný úbytek na váze: \_\_\_\_ kg za poslední rok \_\_\_\_ kg za poslední 3 měsíce  
 sním pouze:  3/4 porce  1/2 porce  1/4 porce  < 1/4 porce

**10. Pobýval/a jste v nedávné době v zahraničí?**

NE

ANO, kde \_\_\_\_\_

**11. Byl jste v minulosti vyšetřován na gastroenterologii?**

NE

ANO, z důvodu \_\_\_\_\_

**12. Vyskytují se ve Vaší rodině závažná onemocnění? Ev. důvod úmrtí v rodině.**

(např. nádorová onemocnění, onemocnění zažívacího traktu, jater, vysoký krevní tlak, cukrovka...)

matka \_\_\_\_\_

otec \_\_\_\_\_

sourozenci \_\_\_\_\_

děti \_\_\_\_\_

prarodiče \_\_\_\_\_

**POUZE PRO ŽENY**

poslední vyšetření na:

gynekologii

mamografii

Přibližné datum

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nález zcela v pořádku

ANO  NE

ANO  NE

V Brně dne: \_\_\_\_\_

Váš podpis: \_\_\_\_\_