



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"/> Onemocnění zažívacího traktu		
<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"/> Onemocnění srdeční a oběhové soustavy		
<input type="checkbox"/> Srdce (chlopenní vady, infarkt, arytmie...)		
<input type="checkbox"/> Vysoký krevní tlak		
<input type="checkbox"/> Cévní mozková příhoda		
<input type="checkbox"/> Onemocnění plic		
<input type="checkbox"/> Onemocnění krve (anemie, leukemie...)		
<input type="checkbox"/> Onemocnění ledvin a močových cest		
<input type="checkbox"/> Onemocnění štítné žlázy		
<input type="checkbox"/> Cukrovka		
<input type="checkbox"/> Epilepsie		
<input type="checkbox"/> Jiná onemocnění		

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:

Přibližné datum

Nález zcela v pořádku

gynekologii

ANO NE

mamografii

ANO NE

V Brně dne: _____

Váš podpis: _____