

## OSNOVNI ZDRAVSTVENI UPITNIK

Pažljivo pročitajte te što točnije odgovorite na postavljena pitanja kako slijede:

## OSOBNI PODACI PACIJENTA

Ime i prezime:

Datum rođenja, OIB/JMBG:

Zanimanje:

Adresa:

Mjesto:

Država:

Kontakt (tel., mob., e-mail):

## OSNOVNI MEDICINSKI PODACI

TJELESNA TEŽINA (kg):

TJELESNA VISINA (cm):

Uzimate li redovito ili povremeno lijekov?

DA

NE

Ukoliko je odgovor DA, navedite sve Vaše lijekove koje redovito uzimate:

Naziv lijeka	Doza	Koliko puta na dan / tjedan

Da li ste alergični na lijekove?	DA	NE
----------------------------------	----	----

Ukoliko je odgovor DA, navedite na koje ste lijekove alergični:

Naziv lijeka:

Jeste li alergični na hranu ili bilo što drugo (na lateks, jod, kontraste, drugo)?	DA	NE
--	----	----

Ukoliko je odgovor DA, navedite na što ste aletgični te kakva je bila reakcija:

(osip, svrbež, gušenje,, srčani zastoj i sl.)

Da li ste trudni?	DA	NE
-------------------	----	----

Da li ste kada bili liječeni radi prekomjernog krvarenja?	DA	NE
---	----	----

Da li je neki Vaš član obitelji imao kakvih komplikacija u anesteziji?	DA	NE
--	----	----

Ukoliko je odgovor DA, navedite koje:

Da li pušite?	DA	NE
---------------	----	----

Ukoliko je odgovor DA, navedite koliko cigareta na dan:

Pijete li alkohol?	ČESTO	PRIGODNO	NE
--------------------	-------	----------	----

Uzimate li redovito kakve biljne lijekove (Ginkgo, Ginseng, češnjak i sl.)?	DA	NE
---	----	----

Ukoliko je odgovor DA, navedite koje:

Da li ste u zadnjih mjesec dana imali temperaturu,, prehladu ili gripu?	DA	NE
---	----	----

Da li ste bili teže bolesni u zadnje dvije godine?	DA	NE
--	----	----

Ukoliko je dogovor DA, navedite o čemu se radilo:

Navedite prijašnje operacije, ukoliko ste ih imali te godinu u kojoj ste operirani:

Jesu li anesxtezije protekle uredu?	DA	NE
-------------------------------------	----	----

#### BOLUJETE LI OD KOJE OD NAVEDENIH BOLESTI?

Povišenog krvnog tlaka?	DA	NE
-------------------------	----	----

Bolesti srca?	DA	NE
---------------	----	----

Ukoliko je odgovor DA, navedite od koje:

Bolesti krvotoka i krvnih žila?	DA	NE
---------------------------------	----	----

Ukoliko je odgovor DA, navedite od koje:

Bolesti pluća i dišnih putova?	DA	NE
--------------------------------	----	----

Ukoliko je odgovor DA, navedite od koje:

Astme?	DA	NE
--------	----	----

Koristite li pumpicu (Ventolin, Serevent i sl.)?	DA	NE
--	----	----

Naziv pumpice:

Da li otežano dišete na nos?	DA	NE
------------------------------	----	----

Hepatitisa ili bolesti jetre (žutice i sl.)?	DA	NE
--	----	----

Ukoliko je odgovor DA, navedite od koje:

Šećerne bolesti (dijabetes)?	DA	NE
------------------------------	----	----

Koristite li inzulin?	DA	NE
-----------------------	----	----

Naziv inzulina:

Uzimate li tablete za dijabetes?	DA	NE
----------------------------------	----	----

Bolesti štitnjače?	DA	NE
--------------------	----	----

Ukoliko je odgovor DA, navedite od koje:

Bolesti bubrega i mokraćnih putova?	DA	NE
-------------------------------------	----	----

Ukoliko je odgovor DA, navedite od koje:

Bolesti živčanog sustava?	DA	NE
---------------------------	----	----

Ukoliko je odgovor DA, navedite od koje:

Depresije/drugih psihijatrijskih problema?	DA	NE
--	----	----

Ukoliko je odgovor DA, navedite od koje:

Epilepsije?	DA	NE
-------------	----	----

Zadnji napad je bio:

Moždanog udara (kap, inzult)?	DA	NE
-------------------------------	----	----

Kada se dogodio?

Nesvjestice?	DA	NE
--------------	----	----

Bolesti probavnog sustava?	DA	NE
----------------------------	----	----

Ukoliko je odgovor DA, navedite od koje:

Bolesti krvi i poremećaja zgrušavanja?	DA	NE
--	----	----

Ukoliko je odgovor DA, navedite od koje:

Tromboze ili embolije?	DA	NE
------------------------	----	----

Ukoliko je odgovor DA, navedite od koje:

Uzimate li lijekove protiv zgrušavanja krvi?	DA	NE
--	----	----

Ukoliko je odgovor DA, navedite od koje:

Neke bolesti kostiju, zglobova ili mišića?.	DA	NE
---	----	----

Ukoliko je odgovor DA, navedite od koje:

Imate li bilo koji zdravstveni problem koji dosad nije naveden?	DA	NE
---	----	----

Ukoliko je odgovor DA, navedite od koji:

**Svojim potpisom potvrđujem istinitost ispunjenog upitnika te izjavljujem da sam u potpunosti razumio/la pitanja istog i dobio/la potrebna objašnjenja.**

Datum ispunjavanja:

Potpis pacijenta: