

ФИО _____

Дата рождения “ ” _____ 201__г

И/Б № _____

**Опросник поступающего в стационар в
отделение оториноларингологии**

Дата: “ ” _____ 20__г

Фамилия И.О. _____

Возраст: _____ лет

Домашний адрес: _____

Пол: мужской/ женский

Телефон (моб) _____

Телефон (дом) _____

Место работы _____

1. Жалобы на сегодняшний день, послужившие причиной обращения в стационар:

2. Как давно Вы испытываете описанные проблемы?

3. Какие медикаменты вы принимали по поводу этого заболевания?

4. Возникали ли у Вас когда-либо следующие медицинские проблемы? (подчеркните, если да).

1. Повышение артериального давления
2. Инфаркт миокарда
3. Бронхиальная астма
4. Болезни легких
5. Язвенная болезнь желудка/12-перстной кишки
6. Ревматизм
7. Туберкулез
8. Диабет
9. Гепатит
10. Инсульт
11. Эпилепсия
12. Онкология
13. Психиатрическое заболевание, лечение психиатрическими препаратами
14. ВИЧ/СПИД
15. Проблемы со свертываемостью крови
16. Другие

5. Принимаете ли Вы на сегодняшний день какие-либо медикаменты? **ДА** **НЕТ**

Если да, перечислите препараты, их дозы и кратность приема:

6. Принимали ли Вы за последние несколько дней противосвертывающие препараты, аспирин или другие обезболивающие/противовоспалительные препараты? **ДА НЕТ**

7. Подвергались ли Вы когда-либо хирургическим вмешательствам? **ДА НЕТ**

Если да, перечислите вмешательства и примерную их дату:

8. Была у Вас аллергия на пенициллины? **ДА НЕТ**

9. Были ли у Вас когда-либо аллергическая реакция на другие медикаменты?

Если да, перечислите препараты **ДА НЕТ**

10. Курите ли Вы сигареты? **ДА НЕТ** Как часто? _____

11. Выпиваете ли Вы алкогольные напитки? **ДА НЕТ** Как часто? _____

12. Принимали ли Вы когда-либо наркотики? **ДА НЕТ**

13. Были ли в Вашей жизни серьезные травмы головы или лица? **ДА НЕТ**

14. Вопрос к женщинам: Беременны ли Вы в настоящий момент? **ДА НЕТ**

15. Имеется ли у Вас инвалидность? **ДА НЕТ**

16. Испытывали ли Вы в последнее время депрессию, тревогу? **ДА НЕТ**

Подпись пациента _____

ПРИЛОЖЕНИЕ

Дата: « » _____ 20__ г

Обведите, если у Вас есть перечисленные проблемы. При отсутствии проблем, обведите «проблем нет».

Глаза	Зуд Слезотечение Снижение зрения Проблем нет	Рот/горло	Язвы Зубные проблемы Боль в горле Нарушение глотания Охриплость Проблем нет
Уши	Боль/отек Выделения Снижение слуха Шум в ушах Головокружение Слуховой аппарат Проблем нет	Шея	Боль Опухоль/отек Проблем нет
Нос	Заложенность Выделения Кровотечение Запах Снижение обоняния Проблем нет	Урология	Боль в области паха Боль при мочеиспускании Ненормальная моча Камни в почках Проблем нет
Сердце	Боль за грудиной Перебои Шум в сердце Инфаркт Повышение АД Проблем нет	Легкие	Нехватка воздуха Кашель Свистящее дыхание Ранее туберкулез Бронхит Проблем нет
Пищеварительная система	Тошнота/рвота Запор Диарея Отрыжка Язва Гастрит Проблем нет	Нервная система	Головная боль Судороги Инсульт Потеря памяти Паралич Проблем нет

Дополнения

Подпись пациента _____