

## Flebologia – choroby żył

(Zakreśl "tak", „nie” lub wpisz właściwą odpowiedź ( 3 strony)

Imię Nazwisko.....

Wiek.....

Waga..... Wzrost.....

### Powód wizyty

Żylaki

Pajęczki (Venulektazje)

Inne

### Objawy i dolegliwości

Podaj w przybliżeniu datę (rok ew. miesiąc)

wystąpienia i opisz pierwsze objawy

Noga prawa.(kdp).....

.....

.....

Noga lewa (kdl).....

.....

.....

Czy występuje?:

Ból  Tak  Nie

Uczucie „ciężkich nóg”  Tak  Nie

Skurcze  Tak  Nie

Inne (opisz).....

.....

Czy objawy zmniejszają się lub ustępują po nocy?

Tak  Nie

### Leczenie/ Diagnostyka

Czy byłeś diagnozowana lub leczona z w/w powodów?

Tak  Nie

Opisz diagnostykę i leczenia:

diag:.....

.....

leczenie kdp:.....

.....

.....

leczenie kdl.....

.....

.....

### Nawrót objawów żylnych

(wypełniają pacjenci wcześniej leczenia dowolną metodą)

Nawrót  Tak  Nie

Czas nawrotu (m-ce lub lata).....

.....

### Wywiad rodzinny, czy któreś z rodziców lub dziadków miało:

Żylaki.....

.....

Inne objawy (opisz jakie i kto).....

.....

.....

.....

**Socjalny:**

Charakter pracy w ciągu ostatnich 10 lat  
(stojąca/siedząca/mieszana):  
.....

Aktywność fizyczna (więcej niż 3 x na tydzień):  
Tak Nie

Papierosy (więcej niż 5 dziennie)  
Tak Nie

**Wywiad zdrowotny:**
**Zabiegi operacyjne:**

Operacje ortopedyczne na nogach  
(również gips i inne unieruchomienia)  
Tak Nie

kdp.....  
.....

kdl.....  
.....

Operacje chirurgiczne i ginekologiczne (również  
cięcia cesarskie) w ciągu ostatnich 15 lat  
Tak Nie

.....  
.....

.....  
.....

Ciąże (daty).....  
.....

.....  
.....

Poronienia.....  
.....

**Czy chorujesz na?:**

Dolegliwości i choroby serca Tak Nie

.....  
.....  
.....

Nadciśnienie tętnicze Tak Nie

.....  
.....

Choroby płuc i oskrzeli Tak Nie

.....  
.....

Choroby wątroby Tak Nie

.....  
.....

Choroby nerek Tak Nie

.....  
.....

Cukrzyca Tak Nie

.....  
.....

Tarczycza (podkreśl) Tak Nie

Nadczynność

Niedoczynność

Inne choroby endokrynologiczne Tak Nie

.....  
.....

Choroby zakaźne

WZW – B (C), HIV Tak Nie

Inne:.....

WAŻNE: Inne choroby, niewymienione powyżej,  
o których powinienes nadmienić:.....

.....  
.....

Czy stosujesz antykoncepcję hormonalną?

Tak Nie

WAŻNE: Czy jesteś uczulony NA LEKI?

Zwróć uwagę na poniższe leki

**Penicylina, Biseptol (lub inne antybiotyki)**

**Aspiryna, Lignocaina, INNE**

Tak Nie

.....  
.....

WAŻNE: Czy przyjmujesz następujące leki?:

**Acenokumarol, Sintrom, Aspiryna, Polopiryna,**

**Acard, Xarelto (rywaroksaban), Pradaxa**

**(dabigatran). Clopidogrel, INNE**

**OBNIŻAJĄCE KRZEPLIWOŚĆ KRWI**

Tak Nie

.....  
.....

WAŻNE :Jakie leki przyjmujesz stale i ich  
dawkowanie

1.....  
2.....  
3.....  
4.....  
5.....  
6.....

Czy chorowałeś i przyjmowałeś inne leki w ciągu  
ostatniego miesiąca?

Tak Nie

Jeśli tak, jakie leki przyjmowałeś?:

1.....  
2.....  
3.....  
4.....

Uwagi

.....  
.....  
.....

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w tej tabeli w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia leczenia (zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych Dz. Ust. nr 133 poz. 833 z dn. 29.08.97). Tym samym poświadczam prawdziwość powyższych danych i że wypełniłem/\*am (\*niepotrzebne skreślić) tabele według całej dostępnej mi wiedzy o własnym stanie zdrowia (mojego dziecka lub podopiecznego).*

*Złożenie podpisu poniżej jest równoznaczne z akceptacją powyższych danych i informacji.*

data i czytelny podpis pacjenta (lub opiekuna)

.....

