



**Ankieta kwalifikująca do wykonania badania angiografii fluoresceinowej**

Imię i Nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

**Oświadczenie pacjenta - INFORMACJA O STANIE ZDROWIA**

W trosce o bezpieczny przebieg badania prosimy o zapoznanie się z informacją o przebiegu badania, a także rzetelne udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania:

<b>1. Czy kiedykolwiek było wykonywane badanie angiografii fluoresceinowej?</b> W przypadku odpowiedzi TAK, prosimy o podanie daty wykonania badania: .....	Tak	Nie
<b>2. Czy podczas badania angiografii fluoresceinowej wystąpiły działania niepożądane?</b> <i>(pytanie dotyczy osób, które wcześniej miały wykonane badanie angiografii fluoresceinowej)</i> W przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK, prosimy wymienić jakie objawy wystąpiły po badaniu? .....	Tak	Nie
<b>3. Czy kiedykolwiek była wykonywana u Pana/i inna procedura medyczna przy użyciu środka kontrastowego?</b>	Tak	Nie
W przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK, prosimy wymienić jakie to było badanie: .....	Tak	Nie
Czy badanie przebiegało bez powikłań	Tak	Nie
<b>4. Czy kiedykolwiek zdiagnozowano lub podejrzewa Pan/i u siebie alergię:</b>	Tak	Nie
Jeśli została udzielona odpowiedź TAK, prosimy o zaznaczenie jaką:		
Kontaktową	Tak	Nie
Wziewną	Tak	Nie
Pokarmową	Tak	Nie
Inną (jaką?) .....	Tak	Nie
Prosimy wymienić objawy i dolegliwości występujące podczas alergii: .....		

<p><b>5. Prosimy o wymienienie absolutnie wszystkich przyjmowanych leków oraz suplementów diety w ciągu ostatnich 3 miesięcy:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
<p><b>6. Czy kiedykolwiek zdiagnozowano lub podejrzewa się u Pana/i chorobę narządu wzroku?</b>  <i>(np. zwyrodnienie plamki związane z wiekiem (AMD), jaskra, odwarstwienie siatkówki, retinopatia cukrzycowa, zakrzep żyły środkowej siatkówki, inna – jaką?)</i>  W przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK, proszę wymienić nazwę choroby :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	Tak	Nie
<p><b>7. Czy kiedykolwiek chorował/a Pan/i na choroby układu krążenia?</b>  <i>(np. nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, zawał serca, inne - jakie?).</i> W przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK prosimy o wymienić choroby:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	Tak	Nie
<p><b>8. Czy kiedykolwiek chorował/a Pan/i na chorobę nerek lub inną chorobę układu moczowego?</b>  W przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK prosimy wymienić choroby:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	Tak	Nie
<p><b>9. Czy kiedykolwiek zdiagnozowano u Pana/i którąś z wymienionych chorób:</b></p>		
<p><b>-choroby autoimmunologiczne</b> <i>(jeśli TAK, prosimy wymienić jakie?)</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p>	Tak	Nie
<p><b>-choroby reumatologiczne</b> <i>(np. reumatoidalne zapalenie stawów, inne - jakie?)</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p>	Tak	Nie
<p><b>-niespoiste zapalenie jelit</b>  <i>(np. WZJG, choroba Leśniowskiego-Crohna, inne- jakie?)</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p>	Tak	Nie
<p><b>-choroby metaboliczne</b>  <i>(np. cukrzyca, choroby nadnerczy, dna moczanowa lub inne - jakie?)</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p>	Tak	Nie

-choroby endokrynologiczne (np. choroby tarczycy, zaburzenia hormonalne, inne - jakie?) ..... .....	Tak	Nie
-choroby zakaźne (np. jeden z typów wirusowego zapalenia wątroby, inne - jakie?) ..... .....	Tak	Nie
-choroby pulmonologiczne (np. astma oskrzelowa, POCHP, inne – jakie?) ..... .....	Tak	Nie
-choroby skóry lub choroby weneryczne (np. atopowe zapalenie skóry, pokrzywka, wysypki, inne - jakie?) ..... .....	Tak	Nie
-choroby neurologiczne (np. przebyty udar, padaczka, migrena, inne - jakie?) ..... .....	Tak	Nie
-choroby ginekologiczne (np. endometrioza, zespół policystycznych jajników, inne - jakie?) ..... .....	Tak	Nie
-choroby urologiczne (np. kamica nerkowa, nowotwory łagodne i złośliwe, inne - jakie?) ..... .....	Tak	Nie
-choroby krwi (np. skazy krwotoczne, białaczki, siniaki, inne - jakie?) ..... .....	Tak	Nie
-wady i choroby wrodzone (jeśli TAK, prosimy wymienić jakie?) ..... .....	Tak	Nie
-choroby ucha, zatok, nosa, gardła (jeśli TAK, prosimy wymienić jakie?) ..... .....	Tak	Nie
- choroby stomatologiczne (np. choroby: zębów, przyzębia, dziąseł ,inne - jakie?) ..... .....	Tak	Nie
-choroby układu pokarmowego (np. niewydolność wątroby, zapalenie trzustki, zapalenia jelit lub żołądka, kamica żółciowa, inne - jakie?) ..... .....	Tak	Nie
-choroby nowotworowe (jeśli TAK, prosimy wymienić jakie, jak długo trwały lub trwają nadal?) ..... .....	Tak	Nie

-choroby rzadkie (jeśli TAK, prosimy wymienić jakie?) ..... .....	Tak	Nie
-uzależnienie od narkotyków, leków, alkoholu (jeśli TAK, jakie i jak długo?) ..... .....	Tak	Nie
-zaburzenia psychiczne (np. depresja, omamy, urojenia, inne - jakie?) ..... .....	Tak	Nie
<b>10. Prosimy podać wszystkie inne niewymienione wcześniej choroby na które Pan/i choruje aktualnie lub chorował/a wcześniej</b> ..... .....		
<b>11. Czy w przeciągu ostatnich 12 miesięcy przechodził Pan/i zabiegi operacyjne?</b> (Jeśli TAK to jakie zabiegi operacyjne i kiedy były przeprowadzone?) ..... ..... .....	Tak	Nie
<b>12. Czy w przeciągu ostatnich 12 miesięcy był/a Pan/i hospitalizowany ?</b> (Jeśli TAK to kiedy i z jakiego powodu) ..... .....	Tak	Nie
<b>13. Czy aktualnie jest Pani w ciąży?</b>	Tak	Nie
<b>14. Czy aktualnie karmi Pani piersią?</b>	Tak	Nie
<b>Data i podpis pacjenta</b>  		

### **Kwalifikacja do badania**

Wypisuje lekarz

Na podstawie wypełnionej przez pacjenta ankiety i zebranego wywiadu ustnego stwierdzam:	
<b>Brak przeciwwskazań do przeprowadzenia procedury badania angiografii fluoresceinowej</b>	
Data, podpis, pieczętka lekarza	

Na podstawie wypełnionej przez pacjenta ankiety i zebranego wywiadu ustnego stwierdzam:	
<b>Przeciwwskazania do wykonania badania angiografii fluoresceinowej</b>	
Data, podpis, pieczętka lekarza	