**Анкета состояния здоровья пациента**

ГБУЗ «Областная детская клиническая больница им. Н.Н.Силищевой»

Внимательно прочитайте анкету и ответьте на поставленные вопросы.

Данная информация необходима для безопасности здоровья и наибольшей эффективности лечения при предоставлении Вам медицинских услуг.

|  |  |
| --- | --- |
|  Находитесь ли Вы в настоящее время под наблюдением какого-либо врача? Если да, то по какой причине? |  |
|  Был ли у Вас инфаркт миокарда, стенокардия, хирургические операции на сердце, нарушение ритма сердца? Если да, то когда? |  |
|  Страдаете ли Вы повышением (понижением) артериального давления, анемией? |  |
| Вы пользуетесь кардиостимулятором? |   |
| Болеете ли Вы ревматизмом, ревматическим поражением сердца, врожденными пороками сердца? |  |
| Был ли у Вас гепатит, если да, то какой формы? |  |
| Имеются ли у Вас заболевания печени? |  |
| Болели ли Вы туберкулезом? |  |
| Болели ли Вы диабетом? |  |
| Страдаете ли Вы заболеванием щитовидной железы? |  |
| Были ли у Вас припадки, обмороки? |  |
| Имеются ли у Вас заболевания системы крови? |   |
|  Страдаете ли Вы заболеваниями дыхательной системы, бронхиальной астмой? |  |
|  Бывают ли у Вас аллергические реакции на лекарственные препараты, продукты питания и др.? Если да, то указать на какие. |  |
| Принимаете ли Вы лекарственные препараты в настоящее время? |  |
| Были ли у Вас травмы головы, шеи, позвоночника? |  |
|  Страдаете ли Вы венерическими заболеваниями, вирусом иммунодефицита человека (СПИД)? |  |
| Для женщин: беременны ли Вы? |  |
|  Имеете ли Вы какие-либо другие серьезные сопутствующие заболевания или перенесенные операции? |  |
| Добавьте то, что считаете важным |  |

Примечание: данная анкета заполняется собственноручно законным представителем ребенка.

“\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_