

DANE OSOBOWE

Data.....

1.Imię i nazwisko.....

2.Data urodzenia.....

3.Adres.....

4.E-mail.....

5. Numer telefonu

KWESTIONARIUSZ ZDROWIA PACJENTA

Jedynym bezwzględny przeciwwskazaniem do tlenoterapii hiperbarycznej jest:

- **nieleczona odma opłucna,**
- **stosowanie leków: Adriamycyna, Cis-platyna, Bleomycyna, Disulfiram,**

Nie powinny być poddawane terapii osoby, które przyjmują lub niedawno przyjmowały następujące leki:

- doksorubicyna (adriamycyna) i cisplastyna – leki stosowane w chemioterapii
- disulfiram (antabuse) – używany w leczeniu alkoholizmu
- octan mafenide (sulfamylon) – lek tłumiący infekcje bakteryjne w ranach powstałych w wyniku poparzeń

Poniżej znajdują się przeciwwskazania względne, na które należy zwrócić szczególną uwagę lekarza prowadzącego terapię, przed rozpoczęciem leczenia:

- | | |
|-----------------------------------------------------|---------|
| ➤ wysoka gorączka | TAK NIE |
| ➤ rozedma w związku z zatrzymaniem CO2 w organizmie | TAK NIE |
| ➤ infekcje górnych dróg oddechowych | TAK NIE |
| ➤ przebyte operacje ucha i klatki piersiowej | TAK NIE |
| ➤ rozsiana choroba nowotworowa | TAK NIE |
| ➤ barotrauma ucha środkowego | TAK NIE |
| ➤ ciąża | TAK NIE |
| ➤ padaczka | TAK NIE |

Czy obecnie przyjmuje Pan/Pani leki?

Jakie?	Od kiedy?	Dawki

Czy jest Pan/Pani nosicielem wirusa typu HBV,HCV,HIV,WZW,Inny?.....

Czy posiada Pan/Pani wszczepione implanty medyczne(rozsusznik serca!)?.....

<p>Czy w ostatnim czasie przebył/a Pan/Pani zabieg operacyjny?</p> <p>-operację w obrębie klatki piersiowej TAK NIE</p> <p>-operację w obrębie jamy brzusznej TAK NIE</p> <p>-krwotok przewodu pokarmowego TAK NIE</p> <p>-inne?.....</p>	<p>Czy kiedykolwiek została zdiagnozowana u Pana/Pani i któraś z wymienionych chorób/stanów?</p> <p>Choroby układu oddechowego</p> <p>-zapalenie płuc TAK NIE</p> <p>-zapalenie oskrzeli TAK NIE</p> <p>-gruźlica TAK NIE</p> <p>-astma TAK NIE</p> <p>-rozedma płuc TAK NIE</p> <p>-nowotwór układu oddechowego TAK NIE</p>
<p>Choroby sercowo-naczyniowe</p> <p>-nadciśnienie tętnicze TAK NIE</p> <p>-niedociśnienie TAK NIE</p> <p>-zaburzenia rytmu serca TAK NIE</p> <p>-miażdżycy TAK NIE</p> <p>-stany zapalne żył ,tętnic TAK NIE</p> <p>-tętniak aorty TAK NIE</p> <p>-niewydolność serca TAK NIE</p> <p>-dusznicza bolesna TAK NIE</p> <p>-zawał serca TAK NIE</p>	<p>Choroby układu pokarmowego</p> <p>-choroba Leśniowskiego-Crohna TAK NIE</p> <p>-stany zapalne trzustki TAK NIE</p> <p>-marskość wątroby TAK NIE</p> <p>-stany zapalne wątroby TAK NIE</p> <p>-zmiany hemoroidalne TAK NIE</p> <p>-nowotwór układu trawiennego TAK NIE</p>
<p>Choroby układu moczowo-płciowego</p> <p>-zapalenie pęcherza moczowego TAK NIE</p> <p>-zapalenie cewki moczowej TAK NIE</p> <p>-zapalenie nerek TAK NIE</p> <p>-choroby prostaty TAK NIE</p> <p>-niewydolność nerek TAK NIE</p>	<p>Choroby układu dokrewnego</p> <p>-nadczytność tarczycy TAK NIE</p> <p>-niedoczynność tarczycy TAK NIE</p> <p>-cukrzyca TAK NIE</p>
<p>Choroby skóry</p> <p>-trądzik TAK NIE</p> <p>-łojotok TAK NIE</p> <p>-łuszczyca TAK NIE</p> <p>-atopowe zapalenie skóry TAK NIE</p> <p>-grzybica skóry TAK NIE</p> <p>-grzybica paznokci TAK NIE</p> <p>-inne?.....</p>	<p>Choroby na tle nerwowym</p> <p>-epilepsja TAK NIE</p> <p>-migrena TAK NIE</p> <p>-depresja TAK NIE</p> <p>-choroba Parkinsona TAK NIE</p> <p>-inne?.....</p>
<p>Choroby kości i stawów</p> <p>-zmiany zwyrodnieniowe stawów TAK NIE</p> <p>-reumatoidalne zapalenie stawów TAK NIE</p> <p>-przebyte niedawno złamania i urazy TAK NIE</p> <p>-inne?.....</p>	<p>Inne:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Dodatkowy opis (należy wymienić wszystkie dolegliwości i choroby nieuwzględnione w kwestionariuszy)

Administratorem danych osobowych jest ATamed Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie ul. Sienna 72A/5 Warszawa 00-833, zwana dalej ATamed. Państwa dane osobowe są przetwarzane przez ATamed w celu kwalifikacji do tlenoterapii hiperbarycznej, świadczenia usług jak i w celu archiwizacji. ATamed umożliwia Państwu wgląd do własnych danych osobowych i ich poprawianie. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek niepodanie ich uniemożliwi kwalifikację Państwa do usług tlenoterapii hiperbarycznej.

.....

Data i podpis Pacjenta

KWALIFIKACJA DO ZABIEGU

.....
Podpis lekarza prowadzącego