

პაციენტის წინასაოპერაციო კითხვარი

პაციენტის საყურადღებოდ

თქვენ მიერ ექიმისთვის მიწოდებულმა არასწორმა ინფორმაციამ შესაძლებელია საფრთხე შეუქმნას ოპერაციის შედეგს და თქვენს ჯანმრთელობას. მოწოდებული ინფორმაცია არის კონფიდენციალური.

გვარი, სახელი _____

თარიღი _____

ბარათის ნომერი _____

განყოფილება _____

პალატის ნომერი _____

პასუხი შემოხაზეთ

| | | |
|--|------|-----|
| 1. გაქვთ თუ არა ტკივილი გულის არეში | დიახ | არა |
| – დატვირთვის დროს | დიახ | არა |
| – მოსვენების დროს | დიახ | არა |
| – ღამით | დიახ | არა |
| 2. გაქვთ თუ არა ქოშინი (ჰაერის უკმარისობა) | დიახ | არა |
| – კიბეზე ასვლისას | დიახ | არა |
| – მოსვენებით მდგომარეობაში | დიახ | არა |
| – ღამით | დიახ | არა |
| 3. გაქვთ თუ არა არითმია | დიახ | არა |
| 4. გაწუხებთ თუ არა მაღალი არტერიული წნევა | დიახ | არა |
| 5. გაქვთ თუ არა გადატანილი გულ-სისხლძარღვთა სისტემასთან დაკავშირებული დაავადებები (ჩამოთვალეთ) | დიახ | არა |
| | | |
| | | |
| 6. გაქვთ თუ არა თავის ტკივილი | დიახ | არა |
| – თავის ტკივილის დროს გაქვთ თუ არა გულისრევის შეგრძნება | დიახ | არა |
| – თავის ტკივილის დროს გაქვთ თუ არა ლებინება | დიახ | არა |
| – თავის ტკივილის დროს გაქვთ თუ არა შუილი ყურებში | დიახ | არა |
| – თავის ტკივილის დროს გაქვთ თუ არა თავბრუსხვევა | დიახ | არა |
| 7. გქონიათ თუ არა გონების დაკარგვის ეპიზოდები | დიახ | არა |
| 8. გაქვთ თუ არა მხედველობის პრობლემები | დიახ | არა |
| – გაქვთ თუ არა გლაუკომა | დიახ | არა |
| – გაქვთ თუ არა მიოპია (ახლომხედველობა) | დიახ | არა |
| 9. გაქვთ თუ არა პრობლემები პირის ღრუს მხრივ | დიახ | არა |
| – გაქვთ თუ არა მერყევი კბილები | დიახ | არა |
| – გაქვთ თუ არა პროთეზი | დიახ | არა |
| – გაქვთ თუ არა მოსახსნელი პროთეზი | დიახ | არა |
| 10. გაქვთ თუ არა ყლაპვის გაძნელება | დიახ | არა |
| 11. გაქვთ თუ არა ყელის ტკივილი | დიახ | არა |
| 12. გაქვთ თუ არა ხველა | დიახ | არა |
| – სისხლიანი ნახველით | დიახ | არა |
| – მოყვითალო ფერის ნახველით | დიახ | არა |

| | | |
|---|------|-----|
| 13. გაქვთ თუ არა ბრონქული ასთმის მოვლენები | დიახ | არა |
| 14. გადატანილი გაქვთ თუ არა ფილტვების ანთება ან პლევრიტი | დიახ | არა |
| 15. გაქვთ თუ არა ტკივილი მუცლის არეში | დიახ | არა |
| 16. გაქვთ თუ არა კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება | დიახ | არა |
| 17. გქონიათ თუ არა შავი ფერის განავალი | დიახ | არა |
| 19. გაქვთ თუ არა ბოყინი, გულმმარვა, სლოკინი | დიახ | არა |
| 20. გაქვთ თუ არა თირკმლის დაავადება | დიახ | არა |
| 21. გაქვთ თუ არა ნაღველ-კენჭოვანი დაავადება | დიახ | არა |
| 22. გაქვთ თუ არა ტკივილი წელის არეში | დიახ | არა |
| 23. გაქვთ თუ არა შარდვის გამწვანება | დიახ | არა |
| 24. გაქვთ თუ არა ხშირი შარდვა | დიახ | არა |
| 25. გაქვთ თუ არა ბუასილი | დიახ | არა |
| 27. გაქვთ თუ არა ვენების ვარიკოზული გაგანიერება | დიახ | არა |
| 28. გაქვთ თუ არა დიაბეტი | დიახ | არა |
| 29. გაქვთ თუ არა ფარისებური ჯირკვლის დაავადებები | დიახ | არა |
| 30. გაქვთ თუ არა კანის დაავადებები | დიახ | არა |
| 31. გაქვთ თუ არა სასქესო ორგანოების დაავადებები | დიახ | არა |
| 32. გაქვთ თუ არა ვენერული დაავადებები | დიახ | არა |
| 33. გაქვთ თუ არა ალერგია მედიკამენტებზე | დიახ | არა |
| – მედიკამენტის დასახელება | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 34. გაქვთ თუ არა სეზონური ალერგია | დიახ | არა |
| 35. გაქვთ თუ არა ალერგია კვების პროდუქტებზე | დიახ | არა |
| 36. დებულობთ თუ არა მედიკამენტებს | დიახ | არა |
| – მედიკამენტის დასახელება | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 37. ჩამოთვალეთ თქვენ მიერ გადატანილი დაავადებები | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 38. ინფიცირებული ხართ თუ არა აივ-ინფექციით | | |
| 39. გაქვთ თუ არა გადატანილი ჰეპატიტი (A, B, C), ტუბერკულოზი | დიახ | არა |
| 40. მიღებული გაქვთ თუ არა თავის ქალის ტრავმა | დიახ | არა |
| 41. ეწევით თუ არა თამბაქოს | დიახ | არა |
| 42. ეტანებით თუ არა ალკოჰოლს | დიახ | არა |
| 43. იღებთ თუ არა ნარკოტიკებს | დიახ | არა |
| 44. უჩივით თუ არა უძილობას | დიახ | არა |