

ZAPALENIE BŁONY NACZYNIOWEJ (*UVEITIS*)

ANKIETA DIAGNOSTYCZNA

Ten kwestionariusz ma na celu pomoc w ustaleniu przyczyny zapalenia błony naczyniowej oka. Jest poufny. Dotyczy wywiadu rodzinnego oraz Pana/Pani stanu zdrowia w przeszłości i obecnie. Proszę zakreślić właściwą odpowiedź.

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres

Zawód

Nr telefonu

WYWIAD RODZINNY

Pytania dotyczą Pana/Pani dziadków, rodziców, ciotek, wujów, braci, sióstr, kuzynów, dzieci i wnuków.

Czy ktokolwiek w rodzinie miał następujące choroby:

Alergia	Tak	Nie
Astma	Tak	Nie
Katar sienny	Tak	Nie
Zapalenie stawów	Tak	Nie
Gruźlica	Tak	Nie
Kiła	Tak	Nie
Borelioza	Tak	Nie
Anemia (niedokrwistość)	Tak	Nie
Nowotwór (rak)	Tak	Nie
Cukrzyca	Tak	Nie
Dna moczanowa	Tak	Nie

Czy ktokolwiek w rodzinie ma problemy zdrowotne ,związane z następującymi narządami:

Oczy	Tak	Nie
Skóra	Tak	Nie
Nerki	Tak	Nie
Płuca	Tak	Nie
Żołądek lub jelita	Tak	Nie
Układ nerwowy lub mózg	Tak	Nie

WYWIAD SPOŁECZNY

Pytania odnoszą się do Pana/Pani własnego stylu życia.

Czy kiedykolwiek mieszkał Pan/Pani poza Polską? (jeżeli tak, gdzie ?)	Tak	Nie
Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani psa lub kota ?	Tak	Nie
Czy kiedykolwiek jadł Pan/Pani surowe lub niedogotowane mięso?	Tak	Nie
Czy pił Pan/Pani surowe mleko?	Tak	Nie
Czy pił Pan/Pani nie przegotowaną wodę (np. ze źródła, jeziora, studni)?	Tak	Nie
Czy pali Pan/Pani papierosy?	Tak	Nie
Czy miał Pan/Pani kontakt z chorymi zwierzętami?	Tak	Nie
Czy kiedykolwiek ugryzł Pana/Panią kleszcz?	Tak	Nie
Czy kiedykolwiek przyjmował Pan/Pani dożylnie narkotyki?	Tak	Nie
Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani kontakty homoseksualne?	Tak	Nie
Czy kiedykolwiek przyjmowała Pani tabletki antykoncepcyjne?	Tak	Nie
Czy kiedykolwiek wystąpiło naturalne poronienie?	Tak	Nie
Czy jest Pani obecnie w ciąży?	Tak	Nie
Czy planuje Pani ciążę w przyszłości?	Tak	Nie

WYWIAD MEDYCZNY

Czy jest Pan/Pani uczulony na jakieś leki? Tak Nie

(jeżeli tak, proszę wymienić, na jakie)

.....

Proszę podać, jakie leki przyjmuje Pan/Pani obecnie?

.....

Proszę wymienić wszystkie operacje oka lub oczu, jakie Pan/Pani przebył (także leczenie laserem) oraz przebyte urazy oczu.

.....

Proszę wymienić inne operacje chirurgiczne, jakie Pan/Pani przebył.

.....

Czy kiedykolwiek rozpoznano u Pana/Pani następujące choroby?

Anemia (niedokrwistość)	Tak	Nie
Nowotwór (rak)	Tak	Nie
Cukrzyca	Tak	Nie
Zapalenie wątroby (żółtaczką)	Tak	Nie
Nadciśnienie tętnicze	Tak	Nie
Zapalenie płuc lub opłucnej	Tak	Nie
Zapalenie migdałków (angina)	Tak	Nie
Gruźlica	Tak	Nie
Wrzód żołądka lub dwunastnicy	Tak	Nie
Opryszczka	Tak	Nie
Półpasiec	Tak	Nie
Różyczka	Tak	Nie
Zapalenie przyusznicy („świnka”)	Tak	Nie
Zakażenie chlamydiami lub jaglica	Tak	Nie
Kiła	Tak	Nie
Rzeżączka	Tak	Nie
Inne choroby przenoszone drogą płciową	Tak	Nie
AIDS	Tak	Nie
Trąd	Tak	Nie
Borelioza lub kleszczowe zapalenie mózgu	Tak	Nie

Drożdżycza	Tak	Nie
Grzybica	Tak	Nie
Toksoplazmoza	Tak	Nie
Toksokaroza	Tak	Nie
Alergie, katar sienny	Tak	Nie
Zapalenie naczyń	Tak	Nie
Zapalenie stawów	Tak	Nie
Toczeń rumieniowaty	Tak	Nie
Sklerodermia	Tak	Nie
Zespół Reitera	Tak	Nie
Zapalenie jelita grubego	Tak	Nie
Choroba Crohna	Tak	Nie
Sarkoidoza	Tak	Nie
Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa	Tak	Nie
Rumień guzowaty	Tak	Nie
Łuszczyca	Tak	Nie
Zapalenie tętnic skroniowych	Tak	Nie
Stwardnienie rozsiane (Sclerosis multiplex)	Tak	Nie
Choroby tarczycy	Tak	Nie

Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani następujące objawy?

OGÓLNY STAN ZDROWIA:

Dreszcze	Tak	Nie
Gorączka (stała lub nawracająca)	Tak	Nie
Nocne poty	Tak	Nie
Zły apetyt	Tak	Nie
Łatwe męczenie się	Tak	Nie
Spadek wagi ciała	Tak	Nie

GŁOWA

Częste lub silne bóle głowy	Tak	Nie
Zawroty głowy	Tak	Nie
Utrata przytomności	Tak	Nie
Drgawki	Tak	Nie
Drętwienie jakiegó części ciała	Tak	Nie
Porażenie jakiegó części ciała	Tak	Nie

USZY

Pogorszenie słuchu lub głuchota	Tak	Nie
Uczucie dzwonienia lub hałasu w uszach	Tak	Nie
Częste lub poważne infekcje uszu	Tak	Nie

NOS , GARDŁO i JAMA USTNA

Owrzodzenia lub ranki w nosie lub jamie ustnej	Tak	Nie
Krwotoki z nosa	Tak	Nie
Zapalenie zatok	Tak	Nie
Długotrwała chrypka	Tak	Nie
Infekcje dziąseł lub nie leczone zęby	Tak	Nie

SKÓRA

Wysypki	Tak	Nie
Owrzodzenia skóry	Tak	Nie
Nadwrażliwość na słońce	Tak	Nie
Białe plamy na skórze lub włosach	Tak	Nie
Utrata włosów (łysienie)	Tak	Nie
Ukąszenia przez insekty	Tak	Nie
Bolesne i zimne palce	Tak	Nie
Świąd skóry	Tak	Nie

UKŁAD ODDECHOWY

Częste infekcje dróg oddechowych	Tak	Nie
Uporczywy kaszel	Tak	Nie
Krew w plwocinie	Tak	Nie
Ostatnio przebyta grypa lub inna infekcja wirusowa	Tak	Nie
Ataki astmy	Tak	Nie
Trudności w oddychaniu	Tak	Nie

UKŁAD KRAŻENIA

Ból w klatce piersiowej	Tak	Nie
Obrzęki nóg	Tak	Nie
Uczucie kołatania serca	Tak	Nie

KREW

Częste i łatwo powstające podbiegnięcia krwawe na skórze („sińce”)	Tak	Nie
Częste krwawienia (z nosa, po usunięciu zęba itp.)	Tak	Nie
Czy kiedykolwiek otrzymał Pan/Pani transfuzję krwi?	Tak	Nie

UKŁAD POKARMOWY

Trudności w połykaniu	Tak	Nie
Biegunka	Tak	Nie
Krwawe stolce	Tak	Nie

KOŚCI I STAWY

Sztywność stawów (zwłaszcza rano)	Tak	Nie
Bolesność lub obrzęk stawów	Tak	Nie
Sztywność kręgosłupa lub nocne bóle kręgosłupa	Tak	Nie
Bóle mięśni	Tak	Nie

UKŁAD MOCZOWO-PŁCIOWY

Bóle nerek	Tak	Nie
Bóle pęcherza moczowego	Tak	Nie
Krew w moczu	Tak	Nie
Wydzielina z cewki moczowej	Tak	Nie
Owrzodzenia lub ranki	Tak	Nie
Bóle jąder	Tak	Nie
Inne dolegliwości	Tak	Nie