



## KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY (pierwsza wizyta)

NAZWISKO IMIĘ: \_\_\_\_\_

WIEK: \_\_\_\_\_

Co jest głównym powodem dzisiejszej wizyty, jaki jest podstawowy problem medyczny do rozwiązania, najważniejsza dolegliwość?

\_\_\_\_\_

**Czy ma Pani/Pan dolegliwości ze strony oczu (jeśli tak, proszę wyjaśnić)**

	TAK/NIE	UWAGI
Pogorszenie widzenia, utrata ostrości wzroku	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Nagłe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Stopniowe, powolne	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Zasłona w polu widzenia, utrata pola widzenia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Błyski w oczach (wrażenie „błyskawicy” w oku)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Męty w polu widzenia (latające „muszki, punkty”)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Ból oczu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Zaczerwienienie oczu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Wydzielina w oczach:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
żółta – wydzielina ropna	<input type="checkbox"/>	_____
biała – wydzielina śluzowa	<input type="checkbox"/>	_____
Świąd oczu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Pieczenie, klucie, uczucie ciała obcego w oku	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Suchość oczu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Nadmierne łzawienie:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
stałe	<input type="checkbox"/>	_____
na wietrze, w zimne dni	<input type="checkbox"/>	_____
Dolegliwości ze strony powiek (guzki, opadnięcie)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Zez	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Podwójne widzenie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Czy nosi Pani/Pan okulary	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	do dali <input type="checkbox"/> do bliży <input type="checkbox"/>
Czy nosi Pani/Pan soczewki kontaktowe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	miękkie <input type="checkbox"/> twarde <input type="checkbox"/>
nazwa, producent soczewki _____		
moc soczewki      oko prawe _____ oko lewe _____		
tolerancja soczewek, problemy z soczewkami _____		
Czy stosuje Pani / Pan leki oczne?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Jakie, jak długo _____		
Przebyte urazy oczu (kiedy, które oko, co się stało)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
_____		
Operacje oczu (kiedy, które oko, jaki zabieg?)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
_____		



### Wywiad ogólny:

### TAK/NIE

### UWAGI

Cukrzyca	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Od ilu lat? _____
Czy cukrzyca jest aktualnie wyrównana?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Jaka jest wartość HbA1C? _____ %
Nadciśnienie tętnicze	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Od ilu lat? _____
Czy nadciśnienie jest aktualnie wyrównane?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Choroby serca (np. zaburzenia rytmu, zawał)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Choroby nowotworowe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Choroby płuc (np. astma oskrzelowa)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Choroby nerek (np. kamica, niewydolność)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Choroby gruczołu krokowego (prostaty)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Choroby układu pokarmowego (np. ch. Crohna)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Choroby neurologiczne (np. udar, padaczka)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Choroby psychiczne (np. depresja)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Bóle głowy	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	napięciowe <input type="checkbox"/> migrena <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/>
Choroby zatok (np. zapalenia zatok)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Choroby uszu, zaburzenia słuchu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Choroby skóry (np. łuszczyca, trądzik różowaty)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Choroby endokrynologiczne (np. tarczycy)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Czy TSH jest wyrównane?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Choroby reumatyczne / autoimmunologiczne	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	zwyrodnieniowe <input type="checkbox"/> zapalne <input type="checkbox"/>
Choroby krwi (np. zaburzenia krzepnięcia)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Zakażenia: Zapalenie wątroby typu B lub C	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Borelioza	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Inne	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Alergie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	na krople oczne <input type="checkbox"/> na inne leki <input type="checkbox"/>
Choroby alergiczne (np. katar sienny, atopia)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Zabiegi operacyjne	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Czy wystąpiły u Pani/ Pana jakiegokolwiek powikłania związane ze znieczuleniem miejscowym (np. u dentysty) lub ogólnym (przy operacji)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Czy Pani/Pan pali tytoń?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____

### Wywiad rodzinny – czy u bliskich członków rodziny stwierdzono?

### TAK/NIE

### UWAGI

Jaskrę	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Zwyrodnienie plamki związane z wiekiem (AMD)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Odwarstwienie siatkówki	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____

Data \_\_\_\_\_

Podpis \_\_\_\_\_