

МЕДИЧНА АНКЕТА (перший візит)
KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY (pierwsza wizyta)

ПРИЗВІЩЕ, ІМ'Я:

NAZWISKO, IMIĘ

ВІК WIEK:

Яка основна причина відвідування сьогодні, яка основна медична проблема, яку потрібно вирішити, найважливіша скарга (недуга)?

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

.....

.....

.....

Чи є у Вас проблеми з очима (якщо так, поясніть які саме, будь ласка)

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

ТАК

TAK

НІ

NIE

ПРИМІТКИ

UWAGI

Погіршення зору, втрата гостроти зору *pogorszenie widzenia, utrata ostrości wzroku*

Раптовне *(nagle)*

Поступове, повільне *(stopniowe, powolne)*

завіса в полі зору, втрата поля зору *Zasłona w polu widzenia, utrata pola widzenia*

Спалахи в очах (враження «блискавки» в оці) *Błyski w oczach (wrażenie „błyskawicy” w oku)*

Мутні плями в полі зору («мушки, точки», що літають) *Męty w polu widzenia (latające „muszki, punkty”)*

Біль в очах *Ból oczu*

Почервоніння очей *Zaczerwienienie oczu*

Виділення з очей *Wydzielina w oczach:*

жовте – гнійне виділення *(żółta – wydzielina ropna)*

біле – слизове виділення *(biała – wydzielina śluzowa)*

Свербіж очей *Świąd oczu*

Печіння, поколювання, відчуття стороннього тіла в оці *pieczenie, klucie, uczucie ciała obcego w oku*

Надмірна сльозотеча *Nadmierne łzawienie*

Постійна *stałe*

на вітрі, в холодні дні *na wietrze, w zimne dni*

Скарги з боку повік (вузлики, опадання) *Dolegliwości ze strony powiek (guzki, opadnięcie)*

Косоокість *Zez*

Двоїння в очах (диплопія) *Podwójne widzenie*

Ви носите окуляри для корекції зору? *Czy nosi Pani/Pan okulary?*

на далеку відстань *do dali*

на близьку відстань *do bliży*

Ви носите контактні лінзи? *Czy nosi Pani/Pan soczewki kontaktowe?*

м'які *(miękkie)*

жорсткі *(twarde)*

Назва, виробник лінз *nazwa, producent soczewki:*

потужність *(moc):* праве око *(oko prawe)* ліве око *(oko lewe)*

толерантність лінз, проблеми з лінзами *tolerancja soczewek, problemy z soczewkami:*

Чи є у Вас проблеми з очима (якщо так, поясніть які саме, будь ласка) <i>Czy ma Pani/Pan dolegliwości ze strony oczu (jeśli tak, proszę wyjaśnić)</i>	ТАК <i>TAK</i>	НІ <i>NIE</i>	ПРИМІТКИ <i>UWAGI</i>
Чи користуєтеся ви ліками для очей? <i>Czy stosuje Pani / Pan leki oczne?</i>			Якими, як давно? <i>Jakie, jak długo?</i>
Перенесені травми ока <i>Przebyte urazy oczu</i>			(коли, яке око, що сталося) <i>(kiedy, które oko, co się stało)</i>
Операції на очах (коли, яке око, яке втручання?)			<i>Operacje oczu (kiedy, które oko, jaki zabieg?)</i>

Загальний анамнез <i>Wywiad ogólny</i>	ТАК	НІ
Цукровий діабет <i>Cukrzyca</i>		
Скільки років? <i>od ilu lat?</i>		
Чи на даний момент діабет компенсований? <i>Czy cukrzyca jest aktualnie wyrównana?</i>		
Яке значення HbA1C? _____% <i>Jaka jest wartość HbA1C?</i>		
Артеріальна гіпертензія <i>Nadciśnienie tętnicze</i>		
Скільки років? <i>od ilu lat?</i>		
Чи на даний момент гіпертензія компенсована? <i>Czy nadciśnienie jest aktualnie wyrównane?</i>		
Хвороби серця (напр., аритмії, інфаркт) <i>Choroby serca (np. zaburzenia rytmu, zawał)</i>		
Онкологічні захворювання <i>Choroby nowotworowe</i>		
Хвороби легень (напр., бронхіальна астма) <i>Choroby płuc (np. astma oskrzelowa)</i>		
Хвороби нирок (напр., сечокам'яна хвороба, недостатність) <i>Choroby nerek (np. kamica, niewydolność)</i>		
Хвороби передміхурової залози (простати) <i>Choroby gruczołu krokowego (prostaty)</i>		
Хвороби травної системи (напр., х. Крона) <i>Choroby układu pokarmowego (np. ch. Crohna)</i>		
Неврологічні захворювання (напр., інсульт, епілепсія) <i>Choroby neurologiczne (np. udar, padaczka)</i>		
Психічні захворювання (напр., депресія) <i>Choroby psychiczne (np. depresja)</i>		
Біль голови <i>bóle głowy</i>		
напруги <i>napięciowe</i>		
мігрень <i>migrena</i>		

Сімейний анамнез — чи були виявлені у найближчих членів сім'ї? <i>Wywiad rodzinny – czy u bliskich członków rodziny stwierdzono?</i>	ТАК	НІ
Глаукома <i>(Jaskrę)</i>		
Вікова макулярна дегенерація (ВМД)		
Відшарування сітківки <i>Odwastwienie siatkówki</i>		

Загальний анамнез <i>Wywiad ogólny</i>	ТАК	НІ
інші <i>inne</i>		
Хвороби навколоносових пазух (напр., синусит) <i>Choroby zatok (np. zapalenia zatok)</i>		
Захворювання вух, порушення слуху <i>Choroby uszu, zaburzenia słuchu</i>		
Хвороби шкіри (напр., псоріаз, розацеа) <i>Choroby skóry (np. łuszczyca, trądzik różowaty)</i>		
Ендокринні захворювання (напр., щитоподібної залози) <i>Choroby endokrynologiczne (np. tarczycy)</i>		
Чи ТТГ компенсоване? <i>Czy TSH jest wyrównane?</i>		
Ревматичні/аутоімунні захворювання <i>Choroby reumatyczne / autoimmunologiczne</i>		
дегенеративні <i>zwyrodnieniowe</i>		
запальні <i>zapalne</i>		
Хвороби крові (напр., порушення згортання крові) <i>Choroby krwi (np. zaburzenia krzepnięcia)</i>		
Інфекції <i>Infekcje:</i>		
Гепатит типу В або С <i>Zapalenie wątroby typu B lub C</i>		
Бореліоз <i>borelioza</i>		
інші <i>inne</i>		
Алергії <i>Alergie</i>		
на очні краплі <i>na krople oczne</i>		
на інші ліки <i>na inne leki</i>		
Алергічні захворювання (напр., поліноз, атопія) <i>Choroby alergiczne (np. katar sienny, atopia)</i>		
Хірургічні втручання <i>Zabiegi operacyjne</i>		
Чи були у вас якісь ускладнення, пов'язані з місцевою (напр., у стоматолога) або загальною (під час операції) анестезією? <i>Czy wystąpiły u Pani/ Pana jakiegokolwiek powikłania związane ze znieczuleniem miejscowym (np. u dentysty) lub ogólnym (przy operacji)?</i>		
Ви курите тютюнові вироби? <i>Czy Pani/Pan pali tytoń?</i>		

Дата (Data) / / /

Підпис (podpis).....