

## АНКЕТА СТАНУ ЗДОРОВ'Я

Ваші дані не будуть доступні стороннім особам. Неповна інформація може зашкодити Вашому здоров'ю.

П.І.Б.			
Дата заповнення		Дата народження	
Адреса			
Телефон			
Місце роботи, посада, спеціальність			
Джерело інформації про медичний кабінет			
1	Алергія в т.ч. медикаментозна.	Так	Ні
2	Перенесенні оперативні втручання (вказати).	Так	Ні
3	Травми, термінальні стани (вказати).	Так	Ні
4	Кров: група __,резус __. Переливання(коли?)__	Так	Ні
5	Діабет, СНІД, туберкульоз, вірусний гепатит, венеричні хвороби...	Так	Ні
6	Варикоз __зліва__, справа __, телеангіоектазії зліва __, справа __.	Так	Ні
7	Спадковість (мама, папа, бабуся, дідусь)	Так	Ні
8	Коли з'явився варикоз, телеангіоектазії.		
9	Біль, розпирання, свербіння, важкість, набряки, втомлюваність, судомини (підкреслити).	Так	Ні
10	Біль в нижніх кінцівках при навантаженні, спокої, вночі (підкреслити)	Так	Ні
11	Пігментація, депігментація, затвердіння, атрофія (підкреслити)	Так	Ні
12	Трофічна виразка була, наявна (підкреслити).	Так	Ні
13	Проводилось лікування варикозу, метод (підкреслити,вказати).	Так	Ні
14	Головокружіння, головні болі, обмороки, втрата свідомості (підкреслити).	Так	Ні
15	Патологія судин ший, голови УЗО, МРТ (підкреслити).	Так	Ні
16	Оніміння кінцівок, шкіри голови (підкреслити).	Так	Ні
17	А/Т _____ Артеріальна гіпертонія, гіпотонія, інсульт, інфаркти.	Так	Ні
18	Алкоголь, наркотики, кодування (підкреслити).	Так	Ні
19	Схильність до синяків, кровоточивості.	Так	Ні
20	Медичні препарати, які вживались протягом останніх 3х місяців (зазначити)		
21	Супутні захворювання (зазначити):		