

ОПИТУВАЛЬНИК ЩОДО СТАНУ ЗДОРОВ'Я

Рєстр. номер:                      Прізвище:                      Ім'я:                      народж.:                      Номер медкарти:

1. Сьогодні ви відчуваєте себе хворим(-ою)?

так     ні      якщо так, з якого часу?

1.1 Які скарги ви маєте?

наприклад:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> відсутність апетиту;                | <input type="checkbox"/> підвищення температури;                       | <input type="checkbox"/> кашель;                                   |
| <input type="checkbox"/> ранкова мокрота і кашель із кров'ю; | <input type="checkbox"/> задишка;                                      | <input type="checkbox"/> скарги щодо серця;                        |
| <input type="checkbox"/> головний біль;                      | <input type="checkbox"/> інші болі;                                    | <input type="checkbox"/> діарея;                                   |
| <input type="checkbox"/> нудота;                             | <input type="checkbox"/> блювота;                                      | <input type="checkbox"/> виділення;                                |
| <input type="checkbox"/> біль при сечовиділенні;             | <input type="checkbox"/> шкірні висипання, свербіж, утворення пухирів; | <input type="checkbox"/> печіння, біль, свербіж у статевих органах |

інше;

1.2 Ви палите?

так     ні

1.3 Ви вагітна?

так     ні     я не впевнена

Назвіть перший день останньої менструації:

2. Чи були ви будь-коли госпіталізовані до лікарні через нещасний випадок або операцію?

так     ні      якщо так, в якому році?

3. Чи отримали ви протягом останніх двох років тілесні ушкодження, наприклад ножові, вогнепальні поранення, переломи кісток?

так     Ні      якщо так, коли?

4. У вас будь-коли були захворювання, що передаються статевим шляхом?

так     Ні    якщо так, в якому році?

Ви проходили лікування?

так     ні

Ваше лікування завершилося?

так     ні     не знаю

5. Чи приймаєте ви будь-який лікарський засіб на постійній основі? (таблетки, краплі, сироп, ін'єкції)

так     ні

5.1 Що це за лікарський засіб?

Назва препарату:

не знаю

6. Чи були у вашій родині серйозні захворювання (у батьків, бабусь дідусів, братів, сестер, дітей)?

наприклад, туберкульоз

так     ні     не знаю

наприклад, СНІД

так     ні     не знаю

Інші серйозні захворювання:

так     ні     не знаю

Які?

7. Чи хворіли ви будь-коли на туберкульоз?

так     ні     не знаю

Коли, протягом якого часу й де ви проходили лікування?

Рєстр. номер:                      Прізвище:                      Ім'я:                      народж.:                      Номер медкарти:

7.1 Чи були у членів вашої родини друзі чи сусіди, які хворіли на туберкульоз?

так  ні  не знаю

7.2 Коли і де ви в останній раз робили рентген легенів?

так  ні  не знаю

8. Чи були у вас чи були у вас контакти з людиною, хворою на дитячий параліч (поліомієліт)?

так  ні  не знаю

Де і коли?

8.1 Ви були вакциновані проти поліомієліту?

так  ні  не знаю

Де і коли?

8.2 Ви були вакциновані від SARS-CoV-2?

так  ні  не знаю

Як часто і якою вакциною?

Де і коли?

8.3 Ви були вакциновані від кору?

так  ні  не знаю

9.1 У разі медичного лікування я даю згоду на передачу моїх висновків після переведення.

так  ні

#### Первинні відомості:

Заг. фізичний стан:

свідомість:

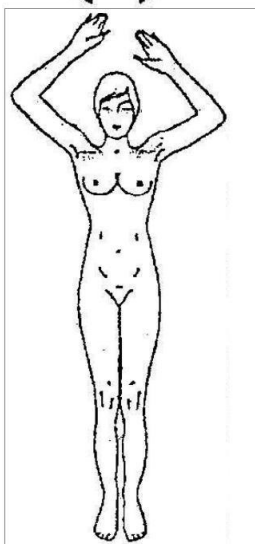
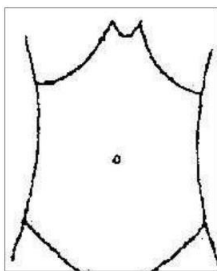
психічний стан:

шкіра/слизові оболонки:

**голова та шия:**

горло:

лімфатичні вузли / щитовидна залоза



- шрам  
x біль при пальпації  
o патологічна резистентність  
/// звук  
xxx шум при диханні  
ooo сторонній шум

#### Грудна клітина:

Серце:

Легені:

Артеріальний тиск:

**Черевна порожнина:**

Печінка:

Селезінка:

Ложе нирок:

Резистентність:

Грижа:

**Опорно-руховий апарат:**

Хребет:

Кінцівки:

Інші важливі знахідки:

