

Ocena stanu zdrowia przed HBOT(Hyperbaric Oxygen Therapy)

Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. Informacje te potrzebne są do zapewnienia bezpiecznego i skutecznego leczenia tlenem w warunkach wysokiego ciśnienia (do 3,2 ATA) W przypadku trudności z odpowiedzią proszę pominąć pytanie i **wątpliwości z lekarzem kwalifikującym do zabiegów w komorze hiperbarycznej**. Wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą lekarską.

Nazwisko i imię pacjenta:

PESEL Data urodzenia:

Nr telefonu:

Czy czuje się Pan(i) ogólnie zdrowy(a)? (gorączka, kaszel, katar, infekcja) TAK NIE

Czy był(a) Pan(i) operowany(a) w ciągu ostatnich 6 miesięcy TAK NIE

Jeśli tak to z jakiego powodu:

Czy Pan(i) przyjmuje lub kiedykolwiek w przeszłości przyjmował(a):

- **disulfiram** (używany w leczeniu alkoholizmu) TAK NIE
- **mefenide (sulfamylon)** (stosowany w oparzeniach) TAK NIE
- **chemioterapię** TAK NIE

Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca? TAK NIE

Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy? TAK NIE

Jeśli tak to na co:

Czy przyjmuje Pan(i) jakieś leki na stałe ? TAK NIE

Jeśli tak to jakie:

Czy jest Pani bądź może być w ciąży? TAK NIE

Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób:

choroby serca (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca ,zaburzenia, rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego, bóle w klatce piersiowej) TAK NIE

inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, duszność,) TAK NIE

choroby płuc (odma, rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli, przebyty epizod niewydolności oddechowej) TAK NIE

Ocena stanu zdrowia przed HBOT (Hyperbaric Oxygen Therapy)

urazy klatki piersiowej (stłuczenia, złamania, krwiak opłucnej, odma) TAK NIE

choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit) TAK NIE

choroby układu moczowego (częste oddawanie moczu) TAK NIE

zaburzenia przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa) TAK NIE

choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność) TAK NIE

choroby układu nerwowego (padaczka, epizod drgawek, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia, migrena) TAK NIE

choroby krwi (sferocytoza wrodzona) TAK NIE

choroby nowotworowe (obecnie, w przeszłości) TAK NIE

choroby oczu (jaskra, zaćma, odklejenie siatkówki, silna krótkowzroczność) TAK NIE

choroby uszu, zatok (operacje, urazy ciśnieniowe, ostre schorzenia uszu)
zmiany nastroju (depresja, nerwica, klaustrofobia) TAK NIE

inne dolegliwości, jakie?

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą. Wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się zgłosić w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu.

Wyrażam zgodę na uczestnictwo w terapii hiperbarycznej.

.....
Data

.....
Czytelny podpis pacjenta