NZOZ Lecznica Dzieci i Dorosłych
Szpital im. I. Mościckiego sp. z o.o.

ANKIETA STANU ZDROWIA DLA PACJENTA HOSPITALIZOWANEGO Z POWODU ZABURZEŃ SNU

Nazwisko i imię Pacjenta:.....

Telefon:.....E-mail:.....

Wiek:.....Wzrost:.....Waga:.....

1. Czy występują u Pana/Pani poniższe choroby? Proszę podkreślić lub wymienić.

1) **Choroby układu krążenia?** **TAK?□** **NIE?□**
Choroba niedokrwienna serca? Niewydolność serca? Nadciśnienie tętnicze? Arytmie? Miażdżyca? Choroby naczyń krwionośnych? Podwyższony cholesterol? Obrzęki?
Inne?:.....
Czy stosuje Pan/Pani leki na nie? Proszę wymienić:
……
……

2) **Choroby układu oddechowego?** **TAK?□** **NIE?□**
Niewydolność oddechowa? Nieżyt nosa i/lub zatok? Astma? Rozedma? Pylica? Przewlekła obturacyjna choroba płuc? Przewlekłe zapalenie dróg oddechowych?
Inne?:.....
Czy stosuje Pan/Pani leki na nie? Proszę wymienić:
……

3) **Choroby układu nerwowego?** **TAK?□** **NIE?□**
Zespół padaczkowy? Przebyty udar mózgu? Miastenia? Stwardnienie rozsiane? Niedowład i/lub porażenie kończyn górnych i/lub dolnych? Niedowład połowiczy?
Inne?:.....
Czy stosuje Pan/Pani leki na nie? Proszę wymienić:
……

4) **Choroby metaboliczne i hormonalne?** **TAK?□** **NIE?□**
Cukrzyca? Otyłość? Dna moczanowa? Niedoczynność / nadczynność tarczycy?
Inne?:.....
Czy stosuje Pan/Pani leki na nie? Proszę wymienić:
……

5) **Choroby psychiatryczne?** **TAK?□** **NIE?□**
Depresja? Lęki? Zaburzenia neurorozwojowe? Zaburzenia uwagi i nadpobudliwość?
Inne?:.....
Czy stosuje Pan/Pani leki na nie? Proszę wymienić:
……

6) **Choroby alergiczne lub nietolerancje?** **TAK?□** **NIE?□**
Na leki? Na środki dezynfekcyjne? Na środki czystości? Na artykuły spożywcze?
Inne?:.....
Czy stosuje Pan/Pani leki na nie? Proszę wymienić:
……

2. Czy stosujesz używki? Proszę podkreślić lub wymienić. **TAK?** **NIE?**

Kawa? Herbata? Energetyki? Alkohol? Papierosy? Bierne palenie?
Inne?:.....

3. Czy w ostatnim czasie był/była Pan/Pani hospitalizowany/a na oddziale?

1) **Z powodu operacji planowanej?** **TAK?** **NIE?**

Jakiej?.....

2) **Z powodu stanu nagłego?** **TAK?** **NIE?**

Jakiego?.....

4. Czy oczekuje Pan/Pani w kolejce na zabieg/operację? **TAK?** **NIE?**

Jaki/Jaką?.....

5. Jaki charakter mają Twoje zaburzenia snu? Proszę podkreślić lub wymienić.

Bezsenność? Bezdechy senne? Chrapanie? Nadmierna senność? Zaburzenia rytmu snu?

Inne?:.....

Czy przyjmujesz jakieś leki i/lub suplementy na sen? Proszę wymienić:

……

6. Czy oprócz zaburzeń snu występują u Pana/Pani jakieś inne niepokojące objawy i/lub schorzenia? **TAK?** **NIE?**

Proszę wymienić……

7. Czy chciałbyś/chciałabyś zadać dodatkowe pytanie i/lub przekazać informacje, które nie zostały poruszone w ankiecie? **TAK?** **NIE?**

1) ……
2) ……
3) ……

Oświadczam, że przeczytałem/łam powyższą ankietę stanu zdrowia, zrozumiałem/zrozumiałam treści zawarte w pytaniach, a podane przeze mnie odpowiedzi są pełne, prawdziwe i wyczerpujące. Jestem świadom/a ewentualnych zagrożeń dla zdrowia i życia wynikających z niedopełnienia obowiązku przedstawienia zespołowi lekarsko-pielęgniarskiemu szczegółów stanu zdrowia.

Data i podpis lekarza konsultującego	Data i czytelny podpis pacjenta