

Gilvydis Vein Clinic

Egzamino klausimynas

Ligonio pavardė _____ Paciento vardas _____ Data ___/___/___

Gimimo data: ___/___/___ Amžius: ___ Sex: M / F # of pregnancies: ___ Ūgis ___ Svoris ___

Pirminis gydytojas: _____ Siunčiamas: _____

OB/GIN: _____ Dermatologas: _____

Bendroji medicinos istorija

Išvardykite buvusias ir esamas medicinines ligas, nuo kurių gydėtės, ir diagnozavimo metus:

Išvardykite visas operacijas ir atliktus metus: _____

Išvardykite visas alergijas ir reakcijas, kurias galite turėti: _____

Ar esate alergiškas: lateksui TAIP NE _____ Reakcijai

Jodas TAIP NE _____ Reakcija

Klijai TAIP NE _____ Reakcija

Lidokainas TAIP NE _____ Reakcija

Vaistai; Receptinis / nereceptinis: įtraukite dozę ir vaisto vartojimo dažnumą:

Ar rūkote? Taip Ne Jei taip, kiek pakuočių per dieną _____

Venų Istorija

Ar jūsų kojų problemos trukdo jūsų kasdieniam gyvenimo būdui? (Prašome apibraukti visus tinkamus variantus)

(Tik dešinė koja / tik kairė koja / abi kojos)

Vaikščiojimas *Darbas Pratimai Laiptai Klūpėjimas Visuomeninė veikla Miegas

Kita: _____

*Jei simptomai trukdo DIRBTI, kiek? Visai ne, Lengvai, Vidutiniškai, Sunkiai, Negali dirbti

Ar kuris nors iš toliau nurodytų dalykų sukelia jums diskomfortą? (Prašome apibraukti visus tinkamus variantus)

Llgas stovėjimas / Sėdėjimas Karštas oras / Karštos vonios Menstruacinis Ciklas Nėštumas
Vaikščiojimas

Ar kuris nors iš toliau nurodytų dalykų laikinai palengvina jūsų simptomus? (Prašome apibraukti visus tinkamus variantus)

Pakeliamas Vaikščiojimas Kompresinės Kojinės Vaistai Šiltos/Salčio Pakuotės Poilsis

Ar jaučiate kurį nors iš šių simptomų? (Retkarčiais arba dažnai – pažymėkite visus tinkamus variantus)

Kojos tinimas	Dešinė Kairė	Opa	Dešinė Kairė
Nuovargis / nuovargis	Dešinėje Kairėje	Bėrimas ant kojos	Dešinė Kairė
Degimas	Dešinė Kairė	Odos spalvos pasikeitimas	Dešinė Kairė
Niežulys	Dešinė Kairė	Išsipūtusi vena	Dešinė Kairė
Mėšlungis	Dešinė Kairė	Kraujavimas	Dešinė Kairė
Nerami koja	Dešinė Kairė	Skausmas ar skausmas	Dešinė Kairė
Pilnatvė	Dešinė Kairė	Pulsuojantis	Dešinė Kairė

Pagal skalę nuo 1 iki 10 (kai 10 yra blogiausias), kur įvertintumėte savo skausmą/diskomfortą kojose?
(Apskritimas vienas)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Skausmo kokybė (apsukite visus tinkamus dalykus): staigus nuobodus traukimas, skausmas, pulsuojantis

Have you had any treatment on your varicose veins/spider veins? Yes No

***If Yes, please explain type and leg: _____

Šeimos Istorija

Veninė opa Venų išsiplėtimas GVT PE Flebitas PVD Kojų patinimas Širdies užsesys

Save

Tėvas

Motina

Broliai ir seserys

Pat. Senelis

Mat. Senelis

Šeimoje nėra sirgusių varikoze

Pažymėkite „Taip“ arba „Ne“, jei šiuo metu gydotės dėl šių sveikatos sutrikimų.

Širdies ir kraujagyslių	Taip	Ne	Periferinės kraujagyslės	Taip	Ne
Širdies smūgis	—	—	Periferinių arterijų liga	—	—
ASD/VSD/PFO	—	—	Diabetas	—	—
Širdies užšesys	—	—	<u>Kvėpavimo</u>	—	—
Kraujo krešuliai	—	—	Dusulys	—	—
Prieširdžių virpėjimas	—	—	Miego apnėja	—	—
Stazinis širdies nepakankamumas	—	—	CPAP/BiPap naudojimas	—	—
			LOPL	—	—

1. Ar buvote pasiskiepiję nuo gripo? Taip Ne Atmesta (siūlomas PCP)

ATSAKYK ŠIAUSIAI, JEI VIRŠNESI 65 METAI:

1. Ar skiepėtės nuo pneumonijos? **taip ne**

2. Ar turite išankstinių nurodymų (sveikatos priežiūros gyvenimo testamentas / įgaliojimas)? **Taip Ne**

Atsisakė atsakyti

Jei taip, įgaliojimo pavadinimas: _____

TOLIAU UŽPILDYTA BIURO PERSONALŲ

AKS ____/____ pulsas _____

Dešinė koja

Kairė koja

Data_____

Kulkšnis____

Kulkšnis____

Padovanotos kojinės

Blauzdas____

Blauzdas____

Duotas RX

Šlaunis____

Šlaunis____

Draudimas

Kojos ilgis____

Kojos ilgis____

Apmokėjimas

Blauzdos ilgis____

Blauzdos ilgis____

savarankiškai

Dydis____