

Ankieta pacjenta do wazektomii - zdrOva

Proszę wypełnić ten formularz odpowiadając na każde z pytań.

	dane pacjenta	
Imię i nazwisko		
PESEL		
Adres zameldowania		
Adres e-mail (proszę wpisać wyraźnym pismem)		
Nr. telefonu (komórkowy)		
Wiek		
Wykształcenie		
Wykonywany zawód		
Liczba małżeństw		
Staż obecnego związku (lat)		
Czy uważasz ten związek za trwały?		
Dzieci (dla każdego dziecka proszę wpisać wiek i płeć oddzielone przecinkiem, płeć oznaczyć s dla syn, c dla córka, np. c7, s12)		
Czy planujesz więcej dzieci w przyszłości? (tak/nie)		
Od jak dawna rozpatrywałeś wazektomię jako metodę antykoncepcyjną?		
Zaznacz obecnie i w przeszłości stosowane metody antykoncepcji.	Żadne, Wstrzeźliwość, Metody naturalne (kalendarzyk, stosunek przerywany), Prezerwatywy, Wkładka wewnątrzmaciczna (tzw. spirala), Hormonalne środki antykoncepcyjne (tabletki doustne, plastry, krążek dopochwowy, zastrzyki antykoncepcyjne, Inne:	
Czy Ty lub Twoja partnerka jesteście seksualnie niedopasowani lub macie jakieś problemy tej natury? (tak/nie)		
Czy wybierasz wazektomię z powodu/ze względu na: (zaznacz odpowiedni)	Chorobę genetyczną, ze względu na Swoje zdrowie, ze względu na zdrowie Partnerki	
Jak oceniasz swój obecny stan zdrowia? (Dobry I Średni I Słaby)		
Czy przechodziłeś chorobę umysłową, lub chorowałeś na depresję? (tak/nie - ew. jaką)		
Czy uważasz, że jesteś bardziej wrażliwy na ból niż przeciętny człowiek? (tak/nie)		

Czy masz skłonności do omdleń? (tak/nie)	
Czy Ty lub ktoś z Twojej rodziny ma skłonności do krwawień lub zaburzeń krzepnięcia krwi? (tak/nie)	
Czy miałeś chorobę nerek lub zaburzenia czynności nerek? (tak/nie, jakie)	
Czy przechodziłeś: (zaznacz odpowiednie)	Zapalenie gruczołu krokowego, Zapalenie jąder, Zapalenie najądrza, Rzeżączkę, Chlamydiozę, Rzęsistkowicę, Wirusowe zapalenie wątroby, HIV?, Inne
Czy kiedykolwiek miałeś przepuklinę, zakażenie, nowotwór, lub nieprawidłowości w mosznie lub jądrach? (tak/nie)	
Czy kiedykolwiek miałeś poważne obrażenia bądź operację obszaru moszny lub jąder? (Tak/Nie - gdy tak to jakie)	
Czy w dzieciństwie rozpoznano u Ciebie i leczono wnetrostwo? (Tak/Nie)	
Wymień wszystkie operacje, które przechodziłeś (w nawiasie podaj wiek)	
Czy miałeś jakiegokolwiek powikłania, nadmierny ból lub krwawienie po zabiegu? (Tak/Nie)	
Wymień wszystkie alergie na leki, lekarstwa lub znieczulenia (Tak/Nie) Jeżeli tak to jakie.	
Wymień wszystkie leki, które przyjmowałeś przez ostatnie dwa tygodnie	
Czy przyjmowałeś aspirynę (kwas acetylosalicylowy), bądź produkty ją zawierające na przestrzeni ostatnich 5 dni?	
Wymień wszystkie poważne choroby, które przechodziłeś	

Warszawa dnia

Czytelny podpis

imię

nazwisko