

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA: PESEL:

ANKIETA WYWIADU PRZED BADANIEM ENDOSKOPOWYM

(proszę zaznaczyć znakiem **X**)

	TAK	NIE
Czy miała Pani/Pan wykonywane w przeszłości badania endoskopowe?		
Jakie i kiedy?		
Czy posiada Pani/Pan wynik(i) tych badań?		
Czy podczas lub po tych badaniach wystąpiły jakiegokolwiek trudności/powikłania?		
Jakie?		
Czy podczas tych badań były pobierane wycinki do badań histopatologicznych?		
Czy posiada Pani/Pan wynik(i) tych badań?		
Czy była Pani/Pan operowana w przeszłości?		
Jakie to były operacje?		
Czy przyjmuje Pani/Pan któryś z niżej wymienionych leków:		
- acenocumarol		
- warfin		
- kwas acetylosalicylowy (Acard, Aspiryna, Polocard)		
- blokery pompy protonowej (Helicid, Controloc, PPI, Anesteloc itp)		
- pradaxa		
- xarelto		
- inne		
Czy zauważył Pan/Pani którykolwiek z niżej wymienionych objawów:		
- spadek masy ciała – jeżeli tak to ile? (kg/mc)		
- krew w stolcu		
- śluz w stolcu		
- czarne stolce		
- wymioty		
- zaburzenia połykania		
- niechęć do jedzenia określonych produktów (np. mięsa)		
Czy ktoś z najbliższej rodziny chorował/zmarł z powodu chorób przewodu pokarmowego?		

(data i czytelny podpis pacjenta)