



IMIĘ I NAZWISKO:.....

PESEL:.....

Silesia-Med Sp. z o.o.

ANKIETA WYWIADU PRZED BADANIEM ENDOSKOPOWYM

PROSZĘ ZAZNACZYĆ X	TAK	NIE
Czym miał/a Pan/Pani 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, Ansteloc itp.) - blokery pompy protonowej (Helicid, Controloc, PPI, Ansteloc itp. - pradaxa - xarelto - Inne		
Czy zauważyła Pani/Pan którykolwiek z niżej wymienionych objawów:		
- spadek masy ciała - krew w stolcu - śluz w stolcu - czarne stolce - wymioty - zaburzenia połykania - niechęć do jedzenia określonych produktów (np. mięsa)		
Czy ktoś z najbliższych chorował / zmarł z powodu chorób przewodu pokarmowego ?		

.....
(data i czytelny podpis pacjenta)