

## Záznam nové pacientky

Titul, jméno a příjmení: \_\_\_\_\_  
Rodinný stav: \_\_\_\_\_ Zaměstnání: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Adresa: \_\_\_\_\_ PSČ: \_\_\_\_\_ Pojišťovna: \_\_\_\_\_  
Váha (v kilogramech): \_\_\_\_\_ Výška (v centimetrech): \_\_\_\_\_

**Rodinná anamnéza** – vyskytla se u někoho z Vašich blízkých, příbuzných některá z těchto onemocnění? (pokud ano zaškrtněte a uveďte kdo)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> vysoký krevní tlak _____         | <input type="checkbox"/> srdeční onemocnění _____      |
| <input type="checkbox"/> cukrovka _____                   | <input type="checkbox"/> choroby ledvin _____          |
| <input type="checkbox"/> mozková mrtvice _____            | <input type="checkbox"/> trombóza, embolie _____       |
| <input type="checkbox"/> poruchy krevní srážlivosti _____ | <input type="checkbox"/> onemocnění štítné žlázy _____ |
| <input type="checkbox"/> nádor prsu _____                 | <input type="checkbox"/> nádor dělohy _____            |
| <input type="checkbox"/> nádor vaječníku _____            | <input type="checkbox"/> vrozené vady _____            |
| <input type="checkbox"/> _____                            |  |
| <input type="checkbox"/> jiné nádorové onemocnění _____   |  |

**Osobní anamnéza** – léčila jste se někdy s následujícími obtížemi? (pokud ano zaškrtněte, dopište)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> časté nebo silné bolesti hlavy                      | <input type="checkbox"/> onemocnění prsu                            |
| <input type="checkbox"/> vysoký krevní tlak                                  | <input type="checkbox"/> onemocnění žlučníku                        |
| <input type="checkbox"/> srdeční onemocnění                                  | <input type="checkbox"/> zánět žil                                  |
| <input type="checkbox"/> onemocnění štítné žlázy                             | <input type="checkbox"/> trombóza, embolie                          |
| <input type="checkbox"/> astma, chronická bronchitida                        | <input type="checkbox"/> opakované infekce močových cest            |
| <input type="checkbox"/> epilepsie   | <input type="checkbox"/> vysoká hladina krevních tuků (cholesterol) |
| <input type="checkbox"/> cukrovka  | <input type="checkbox"/> poruchy krevní srážlivosti                 |
| <input type="checkbox"/> onemocnění ledvin                                   | <input type="checkbox"/> anémie (chudokrevnost)                     |
| <input type="checkbox"/> onemocnění jater (infekční žloutenka, mononukleóza) |   |
| <input type="checkbox"/> nádorové onemocnění _____                           |   |
| <input type="checkbox"/> jiné vážnější nemoci _____                          |   |
| <input type="checkbox"/> úrazy _____   |   |

Užíváte pravidelně nějaké léky? (napište jaké) \_\_\_\_\_

**Alergie:** Jste alergická na nějaké látky? (napište na jaké) \_\_\_\_\_

**Transfuze:** Dostala jste někdy krevní transfuzi?  ano  ne  
Komplikace po podání transfuze?  ano  ne

**Kouříte?**  ano Kolik cigaret denně? \_\_\_\_\_  ne

**O B R A Ť T E ! !**

**Prodělala jste nějaké operace? – uveďte v časovém sledu**

Rok	Druh operace	Nemocnice	Případné komplikace

**Vaše předchozí těhotenství – uveďte v časovém sledu**

	Rok narození	Pohlaví	Porodní váha	Porod (samovolný, císařský řez, komplikace, předčasný – napište ve kterém týdnu)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Měla jste umělé přerušení těhotenství?

 ano (čísla kolik)\_\_\_  ne

Měla jste samovolný potrat?

 ano (čísla kolik)\_\_\_  ne

Byla jste očkovaná proti rakovině děložního čípku?

 ano  ne**Antikoncepce**

Užívala jste někdy hormonální antikoncepci?

 ano  ne

Měla jste zavedené nitroděložní tělísko?

 ano  ne

Užíváte nyní nějakou antikoncepci? (napište jakou) \_\_\_\_\_

Máte někdy problémy s únikem moči? (při kašli, smíchu, zvedání břemen)  ano  ne

Měsíčky máte od \_\_\_\_\_ let, asi po \_\_\_\_\_ dnech a trvají asi \_\_\_\_\_ dní. (dopíšte)

Jsou výrazně bolestivé?  ano  neVelmi silné?  ano  ne

Poslední měsíčky začaly? \_\_\_\_\_ (dopíšte)

**Gynekologická léčba** cysty na vaječnicích léčba neplodnosti opakované výtoky hluboký gynekologický zánět s teplotami hormonální léčba nepravidelnosti cyklu zákroky pro nepravidelné krvácení (výškrab) ošetření děložního čípku („vypálení, vymražení“)

Přibližné datum poslední gynekologické preventivní prohlídky: \_\_\_\_\_

Předchozí gynekologická péče: \_\_\_\_\_

Jak jste se dozvěděla o našem pracovišti? \_\_\_\_\_

Dovolujeme si upozornit, že u některých vyšetření je nezbytná přítomnost sestry. Pokud budete někdy v budoucnu považovat přítomnost sestry za žádoucí, sdělte to lékaři.

**Souhlasím se zpracováním svých osobních a zdravotních údajů za účelem poskytování zdravotní péče, vedení zdravotnické dokumentace a potřebné administrativy. Vše v souladu s nařízením GDPR.** *Souhlasím***Souhlasím se zasíláním novinek a informací (newsletteru) na e-mail, který jsem uvedla. (Např. informace o nových službách, volných termínech nebo odborných člancích.)** *Souhlasím*

V Ústí nad Labem / V Krupce, dne \_\_\_\_\_

Podpis \_\_\_\_\_