

Анкета пациента перед началом оказания медицинской помощи

Поясняющая часть

Данный документ составлен на основании Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". **Внимательно прочтите и ответьте на вопросы анкеты** (документ читается и заполняется пациентом или его законным представителем (для лиц, не достигших 15 лет или недееспособных граждан)) перед началом оказания медицинской помощи.

Пациент или его законный представитель **подписывают документ в предназначенных для этого графах** (кроме случаев, когда пациент в состоянии выразить свою волю и мысли, но не в состоянии писать и ставить подпись лично)

Паспортная часть

Я, _____
(Ф.И.О. пациента - полностью)
_____ года рождения, проживающая по адресу: _____
Телефон _____

данный раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан
Я, _____ (фамилия, имя, отчество - полностью)
паспорт: _____ (серия, номер паспорта, когда и кем выдан)

_____ (адрес)
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____
_____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, дата рождения)

Анкета пациента

(заполняется пациентом или его законным представителем (для лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан)), если ответ на вопрос заполняющему анкету неизвестен – написать «неизвестно».

Вес пациента (кг)	
Рост пациента (см)	
Есть ли аллергия на лекарства, пищевые продукты или иные факторы (непереносимость)?	☐ Есть ☐ Нет Если есть, перечислить названия лекарств или иных факторов и в скобках указать в чем выражается непереносимость: _____ _____ _____
Курите ли Вы (пациент)?	☐ Да ☐ Нет
Употребляете ли Вы (пациент) алкоголь регулярно?	☐ Да ☐ Нет

Употребляли ли Вы (пациент) наркотические или психотропные препараты	☐ Никогда не употреблял(а) ☐ Употреблял(а) ранее ☐ Употребляю сейчас Если употребляли – указать название препаратов, дозировку _____
Заболевания печени? (гепатит, цирроз, желтуха и др.)	☐ Да ☐ Нет При наличии укажите, какими заболеваниями болели и когда: _____
Инфекционные заболевания? (Туберкулез, болезнь Боткина, ВИЧ (СПИД), венерические болезни, инфекции, передаваемые половым путем, токсоплазмоз, краснуха и др.)	☐ Да ☐ Нет При наличии укажите, какими заболеваниями болели и когда: _____ _____ _____
Эндокринные заболевания? (сахарный диабет, болезни щитовидной железы и др.)	☐ Да ☐ Нет При наличии укажите, какими заболеваниями болели и какими препаратами лечились: _____ _____ _____
Заболевания сердечно-сосудистой системы? (острый инфаркт миокарда, инсульт, стенокардия, ишемия сердца, нарушения ритма сердца, гипертоническая болезнь и др.)	☐ Да ☐ Нет При наличии укажите, какими заболеваниями болели: _____ _____ _____ _____
Заболевания глаз? (Глаукома, миопия и др.)	☐ Да ☐ Нет При наличии укажите, какими заболеваниями болели: _____ _____ _____
Другие хронические заболевания	☐ О других (не упомянутых ранее) хронических заболеваниях мне не известно ☐ Болею следующими хроническими заболеваниями (указать какими): _____ _____ _____
Какие лекарства Вы (пациент) постоянно принимаете? (препараты, влияющие на свертываемость крови, гормональные препараты, инсулины, препараты для лечения гипертонии, заболеваний сердца, и др.)	☐ Никаких лекарств постоянно не принимаю ☐ Принимаю какие-то лекарства, названия которых не помню ☐ Принимаю следующие лекарства: (указать название, по возможности – дозу и кратность приема) _____ _____ _____ _____
Были ли у Вас (пациента) ранее травмы и/или операции?	☐ Нет ☐ Были (указать год и характер травмы и/или операции): _____

Если ранее Вы (пациент) переносили анестезии (наркозы), были ли осложнения или проблемы, связанные с проведением анестезии у Вас (пациента) или у Ваших (пациента) близких родственников?	☐ Мне не известно о каких-либо осложнениях или проблемах при ранее проводимых анестезиях ☐ Осложнения были (указать при какой операции, какая анестезия (общая или местная), в каком году, в чем выражались осложнения):
Есть ли у Вас (пациента) съемные зубные протезы?	☐ Есть ☐ Нет
Дополнительные сведения, которые Вы считаете необходимым сообщить анестезиологу (наличие протезов, искусственных клапанов, водителя сердечного ритма, слухового аппарата и т.п.)	
Посещали ли Вы (пациент) «Школу матери» и «Психопрофилактическую подготовку к родам»?	☐ Да ☐ Нет
Были ли у Вас (пациента) тревожные состояния до и во время беременности, и в чем они выражались?	☐ Да ☐ Нет
Испытываете ли Вы (пациент) страх перед родами?	☐ Да ☐ Нет
Содержание вопросов анкеты мне (представляемому) понятно. Мои (представляемого) ответы правдивы и не содержат заведомо ложной информации. Я полностью осознаю, что информация, которую я предоставил(а) в данной анкете будет использоваться врачами при оказании мне (представляемому) медицинской помощи и ложные сведения, предоставленные в данной анкете, могут привести к ситуации, которая может угрожать моему (представляемого) здоровью и жизни. Подпись пациента или его законного представителя: _____ Дата заполнения анкеты: «_____» _____ 20____ г.	