

**Анкета пациента (A/P/2021)** Дата: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2021 г. Время: \_\_\_\_\_

**Имя и фамилия, персональный код:** \_\_\_\_\_

Пол: Ж / М      Возраст: \_\_\_\_\_ лет      Рост: \_\_\_\_\_ см      Вес: \_\_\_\_\_ кг

Язык общения: Латышский / Русский / Английский / Другой: \_\_\_\_\_

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_

Телефон, e-mail: \_\_\_\_\_

Профессия, род занятий: \_\_\_\_\_

Семейный врач (имя и фамилия, телефон): \_\_\_\_\_

Врач, направивший в GASTRO: \_\_\_\_\_

Доверенное лицо, с которым можно связаться в случае медицинской необходимости  
(имя и фамилия, телефон): \_\_\_\_\_

Дата предыдущего визита в Центр заболеваний органов пищеварения GASTRO: \_\_\_\_\_

**Причина сегодняшнего визита, текущие нарушения здоровья, признаки заболевания:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Повышение температуры тела, лихорадка: НЕТ / ДА \_\_\_\_\_

Кровотечение, кровянистые выделения из прямой кишки: НЕТ / ДА \_\_\_\_\_

Повторная рвота: НЕТ / ДА \_\_\_\_\_

Трудно глотать пищу: НЕТ / ДА \_\_\_\_\_

Возрастающая слабость: НЕТ / ДА \_\_\_\_\_

Головокружение: НЕТ / ДА \_\_\_\_\_

Потеря сознания: НЕТ / ДА \_\_\_\_\_

Необъяснимая потеря веса: НЕТ / ДА \_\_\_\_\_

*Заполните продолжение анкеты на обратной стороне листа!*

**Другие заболевания, имеющиеся сейчас и имевшиеся ранее, нарушения здоровья, хирургические операции:**

---

---

---

**Все медикаменты, другие лекарственные средства, которые принимались в течение последних 7 дней:**

---

---

---

**Специальная диета, ограничения в еде, нарушения, непереносимость пищевых продуктов:**

---

**Аллергия, непереносимость лекарств и побочные эффекты:**

---

**Табачные и никотиновые изделия, курение (история применения, дозы):**

---

**Алкоголь (история употребления, дозы):**

---

**Зависимость от других веществ (название, способ введения, история применения, дозы):**

---

**Другие известные вредные факторы окружающей среды, труда и быта, другая важная информация обо мне:**

---

**Врожденные или онкологические заболевания родственников первой степени родства (детей, братьев, сестер, родителей):**

Полипы, опухоль, рак толстой или прямой кишки: НЕТ / ДА \_\_\_\_\_

Опухоль, рак желудка: НЕТ / ДА \_\_\_\_\_

Целиакия: НЕТ / ДА \_\_\_\_\_

**Подпись пациента:**