

Pacienta anketa (A/P/2021) Datums: ____ / ____ / 2024 Laiks: _____

Vārds, uzvārds, personas kods: _____

Dzimums: S / V Vecums: _____ gadi Augums: _____ cm Svars: _____ kg

Saziņas valoda: Latviešu / Krievu / Angļu / Cita: _____

Dzīves vietas adrese: _____

Tālrunis un e-pasts: _____

Profesija, nodarbošanās: _____

Ģimenes ārsts (vārds, uzvārds, tālrunis): _____

Ārsts, kas nosūtījis uz GASTRO: _____

Uzticama persona ar kuru sazināties medicīniskas nepieciešamības gadījumā (vārds un tālrunis):

Iepriekšējās vizītes datums Gremošanas slimību centrā GASTRO: _____

Šodienas vizītes iemesls, aktuālie veselības traucējumi, slimības pazīmes:

Paaugstināta ķermeņa temperatūra, drudzis: NAV / IR _____

Asiņošana, asiņaini izdalījumi no taisnās zarnas: NAV / IR _____

Atkārtota vemšana: NAV / IR _____

Grūti norīt ēdienu: NAV / IR _____

Pieaugošs nespēks: NAV / IR _____

Reibonis: NAV / IR _____

Samaņas zudums: NAV / IR _____

Neizskaidrojams svara zudums: NAV / IR _____

Aizpildiet anketas turpinājumu lapas otrā pusē!

Citas slimības, esošās un bijušās, veselības traucējumi, **ķirurģiskās operācijas**:

Visi medikamenti, citi ārstnieciski līdzekļi, kas lietoti pēdējo 7 dienu laikā:

Speciāla diēta, ēšanas ierobežojumi, traucējumi, pārtikas vielu nepanesība:

Alerģijas, medikamentu nepanesības un blakus parādības:

Tabakas, nikotīna produkti, smēķēšana, pīpēšana (lietošanas vēsture, devas):

Alkohols (lietošanas vēsture, devas):

Citu vielu atkarības (nosaukums, ievadīšanas veids, lietošanas vēsture, devas):

Citi zināmi kaitīgi vides, darba, sadzīves faktori, cita svarīga informāciju par mani:

Pirmās pakāpes radnieku (bērnu, brāļu, māsu, vecāku) iedzimtas vai onkoloģiskas slimības:

Resnās vai taisnās zarnas polips, audzējs, vēzis: NAV / IR _____

Kuņģa audzējs, vēzis: NAV / IR _____

Celiakija NAV / IR _____

Pacienta paraksts: