

Kwestionariusz Nowego Pacjenta

Dziękujemy za poświęcenie paru minut na wypełnienia tego formularza historii. Pomoże on Państwa nowemu lekarzowi skupić się na problemach, które sprowadziły Państwa na wizytę oraz umożliwi poświęcenie większej ilości czasu na pełne wysłuchanie i udzielenie odpowiedzi na Państwa pytania i problemy.

Specjaliści Onkologii leczą wiele różnych chorób. Rozumiemy, że nie wszystkie pytania na formularzu będą odnosiły się do Państwa. Proszę spróbować odpowiedzieć na wszystkie pytania zgodnie z Państwa najlepszą wiedzą i wpisać "N/A" czyli "nie dotyczy" ("not applicable"), jeżeli mają Państwo wrażenie, że konkretne pytanie Państwa nie dotyczy. Zdajemy sobie sprawę, że jest to obszerny kwestionariusz i dziękujemy za czas poświęcony na jego wypełnienie – pomoże nam to lepiej odpowiedzieć na Państwa pytania.

Proszę odpowiedzieć na tyle pytań, na ile będą Państwo w stanie i pytać pielęgniarki lub lekarza, jeżeli są pytania, co do których mają Państwo wątpliwości.

Data wizyty ___/___/___ Data urodzenia ___/___/___

Imię i nazwisko pacjenta _____ MR # _____

Adres _____

Informacje odnośnie wizyty:	
Kto Państwu dzisiaj towarzyszy?	
Jaka jest Państwa diagnoza?	
Kiedy Państwa zdiagnozowano?	W którym szpitalu?
Który lekarz skierował Państwa do naszej kliniki?	
Jakie jest Państwa rozumienie powodu dzisiejszej wizyty?	
Konsultacja <input type="checkbox"/>	2. opinia <input type="checkbox"/> Leczenie/Wizyta kontrolna <input type="checkbox"/>
Czy chcą Państwo zobaczyć lub byli Państwo skierowani do konkretnego onkologa? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Jeżeli tak, to którego onkologa?	
Proszę opisać, jak rozpoczęła się Państwa choroba, w jaki sposób ją zdiagnozowano i co wydarzyło się do chwili obecnej:	

Informacje odnośnie lekarzy: Proszę podać imiona i nazwiska oraz informacje kontaktowe wszystkich lekarzy (adres gabinetu, telefon, faks, specjalizację lub szpital, z którym są powiązani) biorących udział w Państwa opiece.			
Specjalizacja	Imię i nazwisko lekarza Adres/ Szpital	Telefon	Faks
Lekarz rodzinny/ Lekarz pierwszego kontaktu / Internista:			
Onkolog:			
Radioonkolog:			
Chirurg:			
Ginekolog:			

Przeszła historia medyczna: (Proszę zaznaczyć wszystko, co Państwa dotyczy)	Tak	Nie	Opis
Inne nowotwory?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Układ sercowo-naczyniowy			
• Nadciśnienie tętnicze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Wysoki cholesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Arytmia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Zawał serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Data (rok): _____
• Zastoinowa niewydolność serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Udar/przemijający atak niedokrwienny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Data (rok): _____
• Zakrzepy/Zaburzenia krzepnięcia krwi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Układ oddechowy			
• Rozedma płuc/Przewlekła obturacyjna choroba płuc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Układ hormonalny			
• Choroba tarczycy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Cukrzyca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Układ pokarmowy			
• Choroba refluksowa przełyku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Wrzody żołądka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Choroba wątroby/marskość wątroby/zapalenie wątroby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Zespół jelita drażliwego/choroba Leśniowskiego-Crohna/zapalenie okrężnicy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Choroba jelit (polipy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Inne problemy żołądkowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Układ moczowo-płciowy			
• Problemy z nerkami lub pęcherzem moczowym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Problemy ginekologiczne /HPV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Problemy z prostatą/przerost prostaty/zapalenie gruczołu krokowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Dysfunkcja seksualna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Układ mięśniowo-szkieletowy			
• Zapalenie stawów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Osteoporoza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Choroby autoimmunologiczne			
• Reumatoidalne zapalenie stawów /toczeń rumieniowaty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemy neurologiczne			

• Padaczka/napady drgawkowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Parkinson/Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Depresja/lęki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Choroba afektywna dwubiegunowa/schizofrenia/zespół lęku napadowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inne choroby?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Przebyte operacje lub inne zabiegi
 Brak przebytych operacji/zabiegów

Data operacji/zabiegu	Rodzaj operacji/zabiegu	Szpital/klinika, gdzie wykonano operację/zabieg

Czy posiadają Państwo wszczepione urządzenie elektroniczne, np. kardiowerter-defibrylator, rozrusznik serca?

Jeżeli tak, proszę mieć przy sobie podczas konsultacji kartę urządzenia do pokazania pielęgniarce i lekarzowi.

 Tak Nie
Historia radioterapii lub chemioterapii
 Brak wcześniejszego leczenia

Data	Rodzaj leczenia	Szpital/klinika, gdzie stosowano leczenie

Historia socjalna

Gdzie się Państwo urodzili? (stan lub kraj)

Jaka jest Państwa rasa/grupa etniczna?

Jaki rodzaj pracy Państwo wykonywali/wykonują:

 Na emeryturze

 Stan cywilny: Panna/kawaler

 W związku małżeńskim

 Rozwódka/rozводnik

 Wdowa/wdowiec

Z kim Państwo mieszkają?

Czy mają Państwo dzieci?

 Tak

 Nie

Wiek dzieci:

Czy piją Państwo alkohol?

 Tak

 Nie

Ilość alkoholu spożywanego na tydzień:

Jeżeli spożywali Państwo alkohol w przeszłości, kiedy przestali Państwo?

Czy korzystają lub korzystali Państwo z produktów tytoniowych? (cygara, papierosy, tytoń)		Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Liczba lat: _____	Liczba paczek dziennie: _____	Kiedy Państwo rzucili? _____	
Czy zainteresowani są Państwo informacjami odnośnie rzucania palenia?		Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Czy korzystają Państwo z używek rekreacyjnych?		Z jakich używek? _____	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>		Jak często? _____	
Czy mają Państwo szczególne potrzeby religijne, duchowe lub kulturowe, o których powinniśmy wiedzieć: Jeżeli tak, proszę wyjaśnić:		Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Czy posiadają Państwo dokument określający Państwa życzenia odnośnie opieki medycznej w razie, gdyby nie byli Państwo w stanie podejmować decyzji (wola pacjenta, pełnomocnictwo w sprawach opieki zdrowotnej)? Jeżeli tak, czy mogą Państwo zostawić kopię dokumentu do naszych akt?		Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Czy chcieliby Państwo otrzymać więcej informacji odnośnie tego rodzaju dokumentów?		Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
(Do użytku personelu) (Office use only): If yes, referral made to:			

Historia rodzinna: Proszę wymienić wszelkie nowotwory lub choroby krwi, które wystąpiły w rodzinie. Jeżeli nie znają Państwo dokładnego wieku, proszę podać w przybliżeniu.					
Członek rodziny		Obecny wiek	Wiek zdiagnozowania	Śmierć w wieku	Rodzaj nowotworu/choroby krwi
Państwo					
Rodzeństwo (Proszę zakreślić siostrę lub brata)					
Siostra	Brat				
Siostra	Brat				
Siostra	Brat				
Siostra	Brat				
Siostra	Brat				
Dzieci (Proszę zakreślić córkę lub syna)					
Córka	Syn				
Córka	Syn				
Córka	Syn				
Córka	Syn				
Córka	Syn				
Rodzina ojca (Proszę zakreślić ciocię lub wujka)					
Ojciec					
Dziadek ze strony ojca					
Babcia ze strony ojca					
Ciocia	Wujek				
Ciocia	Wujek				
Ciocia	Wujek				
Ciocia	Wujek				
Inna osoba					
Inna osoba					

Inna osoba				
Rodzina matki (Proszę zakreślić ciocię lub wujka)				
Matka				
Dziadek ze strony matki				
Babcia ze strony matki				
Ciocia Wujek				
Ciocia Wujek				
Ciocia Wujek				
Ciocia Wujek				
Inna osoba				
Inna osoba				
Inna osoba				

Historia ginekologiczno/położnicza – tylko kobiety	Tak	Nie	
Wiek, w którym zaczęła Pani miesiączkować:			Data ostatniej miesiączki:
Czy miesiączkuje Pani regularnie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Czy miała Pani wykonaną histerektomię?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Data:
Czy usunięto jajniki?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Data:
Czy przechodziła Pani przez menopauzę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	W jakim wieku?
Czy korzysta(ła) Pani z antykoncepcji doustnej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jak długo? Kiedy odstawiono:
Czy korzysta(ła) Pani z hormonalnej terapii zastępczej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jak długo? Kiedy odstawiono:
Czy wystąpiły u Pani zmiany ginekologiczne lub w piersiach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Proszę wyjaśnić:
Liczba ciąży:			Liczba żywych porodów: Wiek pierwszej donoszonej ciąży:
Czy możliwe jest, że jest Pani w ciąży?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jaki jest rozmiar Pani miseczki w staniku? <i>(pytanie jedynie do pacjentek z rakiem piersi)</i>			

Ochrona zdrowia		
Mężczyźni i kobiety		
Czy mieli Państwo wykonaną sigmoidoskopię lub kolonoskopię?	<input type="checkbox"/> Tak. Data _____	<input type="checkbox"/> Nie
Czy Państwa lekarz badał Państwa stolec na obecność krwi?	<input type="checkbox"/> Tak. Data _____	<input type="checkbox"/> Nie
Czy mieli Państwo zbadaną skórę?	<input type="checkbox"/> Tak. Data _____	<input type="checkbox"/> Nie
Czy mieli Państwo badanie jamy ustnej/dentystyczne?	<input type="checkbox"/> Tak. Data _____	<input type="checkbox"/> Nie
Czy otrzymali Państwo szczepionkę na gripę?	<input type="checkbox"/> Tak. Data _____	<input type="checkbox"/> Nie

Czy otrzymali Państwo szczepionkę na zapalenie płuc?	<input type="checkbox"/> Tak. Data _____	<input type="checkbox"/> Nie
Tylko kobiety:		
Czy regularnie poddaje się Pani mammografii?	<input type="checkbox"/> Tak. Data _____	<input type="checkbox"/> Nie
Czy regularnie poddaje się Pani badaniu cytologicznemu?	<input type="checkbox"/> Tak. Data _____	<input type="checkbox"/> Nie
Czy regularnie wykonuje Pani samobadanie piersi?	<input type="checkbox"/> Tak. Data _____	<input type="checkbox"/> Nie
Czy miała Pani wykonany pomiar gęstości kości (densytometria kostna)?	<input type="checkbox"/> Tak. Data _____	<input type="checkbox"/> Nie
Tylko mężczyźni:		
Czy wykonuje Pan samobadanie jąder?	<input type="checkbox"/> Tak. Data _____	<input type="checkbox"/> Nie
Czy poddaje się Pan regularnemu badaniu prostaty?	<input type="checkbox"/> Tak. Data _____	<input type="checkbox"/> Nie
Czy poddaje się Pan regularnie badaniu PSA?	<input type="checkbox"/> Tak. Data _____	<input type="checkbox"/> Nie

Przegląd układów: (Proszę zakreślić wszystkie, które się odnoszą)	Proszę opisać
Ogólne: utrata wagi, przyrost wagi, nieustanne zmęczenie, osłabienie, poty nocne, gorączki, dreszcze	<input type="checkbox"/> Brak problemów
Skóra: wysypka, zmiany w znamionach, rany, guzki, swędzenie lub pokrzywka	<input type="checkbox"/> Brak problemów
Oczy: ból w oczach, łzawiące oczy, suche oczy, rozmazane widzenie, podwójne widzenie lub inne zmiany w widzeniu	<input type="checkbox"/> Brak problemów
Uszy/nos/gardło: utrata słuchu, dzwonienie w uszach, niedrożny lub zatkany nos, częste infekcje zatok lub ból zatok, zmiana smaku lub powonienia, obolałe usta i gardło, chrypka, powiększone węzły chłonne, problemy dentystyczne, proteza dentystyczna lub częściowa proteza dentystyczna	<input type="checkbox"/> Brak problemów
Układ oddechowy: suchy kaszel, mokry kaszel, brak oddechu przy wysiłku, świszczący oddech, wykastywanie krwi, tlen w domu (____ L/min)	<input type="checkbox"/> Brak problemów
Serce: ból w klatce piersiowej, palpacje, łomotanie serca, opuchlizna nóg/stóp	<input type="checkbox"/> Brak problemów
Układ hormonalny: nadmierne pragnienie, oddawanie moczu lub apetyt, brak tolerancji na ciepło lub zimno, uderzenia gorąca	<input type="checkbox"/> Brak problemów

<p>Układ pokarmowy: bóle brzucha, mdłości, wymioty, zgaga lub refluks, problem z przelknięciem, restrykcje dietetyczne, anoreksja, zatwardzenie, biegunka, zmiany w wypróżnianiu się lub nietrzymanie kału, jasna czerwona krew w stolcu lub ciemne przypominające smołę stolce</p>	<input type="checkbox"/> Brak problemów
<p>Układ moczowo-płciowy: częste oddawanie moczu, uczucie parcia przy oddawaniu moczu, problem z rozpoczynaniem strumienia lub słabym strumieniem, ból lub pieczenie przy oddawaniu moczu, krew w moczu, budzenie się w nocy, żeby oddać mocz, nietrzymanie moczu, krwawienie z pochwy, problemy z prostatą lub impotencja</p>	<input type="checkbox"/> Brak problemów
<p>Krew/układ limfatyczny: anemia, łatwe siniaczenie lub krwawienie, obrzęk limfatyczny lub opuchlizna, trwałe podskórny dostęp naczyniowy (port/wkłucie centralne)</p>	<input type="checkbox"/> Brak problemów
<p>Choroby zakaźne: częste infekcje lub niedawne wystawienie na chorobę zakaźną</p>	<input type="checkbox"/> Brak problemów
<p>Kończyny: Ból stawów lub opuchlizna, ból mięśni lub kości, trudności z poruszaniem rąk lub nóg, ból przy chodzeniu</p>	<input type="checkbox"/> Brak problemów
<p>Problemy neurologiczne: bóle głowy, omdlenia, zawroty głowy, odrętwienie lub mrowienie, słaba równowaga, utrata pamięci, zapominanie, dezorientacja, zmiany nastroju, osłabienie skupione w jednym miejscu, paraliż, depresja, lęki lub napady drgawkowe</p>	<input type="checkbox"/> Brak problemów
<p>Czy ostatnimi czasy zdarzyło się Państwu upaść? Stosowany sprzęt pomocniczy: <input type="checkbox"/> Wózek <input type="checkbox"/> Laska <input type="checkbox"/> Chodzik <input type="checkbox"/> Kule</p>	<p>Proszę opisać, jak wydarzył się upadek:</p> <input type="checkbox"/> Brak upadków

Office Use Only (Do użytku personelu)			
HT: _____ stated/measured	WT: _____ stated/measured	Oxygen Saturation: _____ %	
T: _____	HR: _____	R: _____	BP: _____
Lymphedema Assessment: <input type="checkbox"/> NA			
Lt lower arm: _____	Lt upper arm: _____	Rt lower arm: _____	Rt upper arm: _____
Patient Referred to Genetics: <input type="checkbox"/> NA	Date: _____	Initials: _____	
Physician Drawings/Diagrams			