

## ОПИТУВАЛЬНИК ЩОДО СТАНУ ЗДОРОВ'Я

Реєстр. номер:

Прізвище:

Ім'я:

народж.:

Номер медкарти:

**1. Сьогодні ви відчуваєте себе хворим(-ою)?**

так

ні

якщо так, з якого часу?

**1.1 Які скарги ви маєте?**

*наприклад:*

відсутність апетиту;

підвищення температури;

кашель;

ранкова мокрота і кашель із кров'ю;

задишка;

скарги щодо серця;

головний біль;

інші болі;

діарея;

нудота;

блювота;

виділення;

біль при сечовиділенні;

шкірні висипання, свербіж, утворення пухирів;

печіння, біль, свербіж у статевих органах

інше;

**1.2 Ви палите?**

так

ні

**1.3 Ви вагітна?**

так

ні

я не впевнена

Назвіть перший день останньої менструації:

**2. Чи були ви будь-коли госпіталізовані до лікарні через нещасний випадок або операцію?**

так

ні якщо так, в якому році?

**3. Чи отримали ви протягом останніх двох років тілесні ушкодження, наприклад ножові, вогнепальні поранення, переломи кісток?**

так

Ні якщо так, коли?

**4. У вас будь-коли були захворювання, що передаються статевим шляхом?**

так

Ні

якщо так, в якому році?

**Ви проходили лікування?**

так

ні

**Ваше лікування завершилося?**

так

ні

не знаю

**5. Чи приймаєте ви будь-який лікарський засіб на постійній основі? (таблетки, краплі, сироп, ін'єкції)**

так

ні

**5.1 Що це за лікарський засіб?**

Назва препарату:

не знаю

**6. Чи були у вашій родині серйозні захворювання (у батьків, бабусь дідусів, братів, сестер, дітей)?**

*наприклад, туберкульоз*

так

ні

не знаю

*наприклад, СНІД*

так

ні

не знаю

*Інші серйозні захворювання:*

так

ні

не знаю

Які?

**7. Чи хворіли ви будь-коли на туберкульоз?**

так

ні

не знаю

Коли, протягом якого часу й де ви проходили лікування?

Реєстр. номер: Прізвище: Ім'я: народж.: Номер медкарти:

7.1 Чи були у членів вашої родини друзі чи сусіди, які хворіли на туберкульоз?

так  ні  не знаю

7.2 Коли і де ви в останній раз робили рентген легенів?

так  ні  не знаю

8. Чи були у вас чи були у вас контакти з людиною, хворою на дитячий параліч (поліомієліт)?

так  ні  не знаю  
Де і коли?

8.1 Ви були вакциновані проти поліомієліту?

так  ні  не знаю  
Де і коли?

8.2 Ви були вакциновані від SARS-CoV-2?

так  ні  не знаю  
Як часто і якою вакциною?  
Де і коли?

8.3 Ви були вакциновані відкору?

так  ні  не знаю

9.1 У разі медичного лікування я даю згоду на передачу моїх висновків після переведення.

так  ні

**Первинні відомості:**

Заг. фізичний стан:

свідомість:

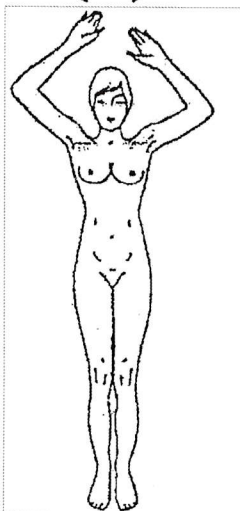
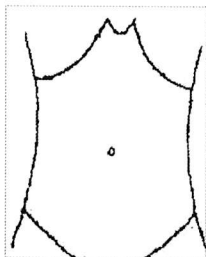
психічний стан:

шкіра/слизові оболонки:

**голова та шия:**

горло:

лімфатичні вузли / щитовидна залоза



- шрам  
x біль при пальпації  
o патологічна резистентність  
/// звук  
xxx шум при диханні  
ooo сторонній шум

**Грудна клітина:**

Серце:

Легені:

Артеріальний тиск:

**Черевна порожнина:**

Печінка:

Селезінка:

Ложе нирок:

Резистентність:

Грижа:

**Опорно-руховий апарат:**

Хребет:

Кінцівки:

Інші важливі знахідки:

