

MOLIMO VAS DA POPUNITE PRETPRIJEMNI FORMULAR I DOSTAVITE NAM GA NAJKASNIJE JEDAN DAN PRE PLANIRANOG PRIJEMA NA MAIL PRIJEM@ATLASKLINIKA.RS ILI DA POPUNJEN FORMULAR DONESETE SA SOBOM NA PRIJEM U BOLNICU I PREDATE GA SA OSTALOM DOKUMENTACIJOM.

Lični podaci

Ime i prezime	
Ime roditelja	
Muško Žensko	
Datum rođenja	
JMBG	
Adresa stanovanja	
Kućni broj telefona	
Mobilni telefon	
E-mail adresa	

Alergije

Da li ste alergični na neki lek ili hranu? Da li ste alergični na jod, jodni kontrast, lateks?

Molimo Vas da popunite sledeću tabelu:

Alergičan/na sam na sledeće supstance:

Zdravstveni upitnik

Molimo Vas da izdvojite malo vremena i u potpunosti odgovorite na sledeća pitanja. Vaši odgovori će nam pomoći da u celini sagledamo Vaše zdravstveno stanje i da isplaniramo tok Vašeg lečenja.

Telesna težina: _____ Telesna visina: _____

Da li ste ranije operisani? DA NE

Ako je odgovor DA, molimo Vas za detalje: _____

Da li ste nekada imali bilo kakvih problema sa opštom ili lokalnom anestezijom?

Ako je odgovor DA, molimo Vas za detalje: _____

Da li ste nekada patili od postoperativne mučnine/povraćanja?

Da li patite, ili ste nekada patili, od sledećih bolesti i stanja?

BOLESTI / STANJA	DA	NE	KOMENTAR
BOLESTI SRCA (NPR. BOL U GRUDIMA), REUMATSKA GROZNICA, SRČANI NAPAD, ANGINA PEKTORIS?			
ŠUM NA SRCU, PALPITACIJE?			
KARDIOHIRURŠKA INTERVENCIJA, NPR. UGRADNJA PEJSMEJKERA, STENTOVA, UNUTRAŠNJEG DEFIBRILATORA, SRČANIH ZALISTAKA?			
VISOK KRVNI PRITISAK?			
BOLESTI DISANJA, NPR. ASTMA, PROBLEMI SA DISANJEM, TUBERKULOZA, BRONHITIS?			
OPSTRUKTIVNA SLEEP APNEA?			
HIATUS HERNIJA (ŽELUDAČNA KILA), INDIGESTIJA?			
BOLESTI JETRE, NPR. ŽUTICA, HEPATITIS B ILI C, CIROZA JETRE?			
BOLESTI BUBREGA?			
ABNORMALNO KRVARENJE ILI POJAVA HEMATOMA NA TELU?			
ANEMIJA, HEMATOLOŠKE BOLESTI?			
TROMBOZA KRVNIH SUDOVA?			
DIJABETES MELITUS TIP 1 ILI TIP 2?			
EPILEPTIČNI NAPADI?			
MIGENA I TEŠKE GLAVOBOLJE?			
ZAVISNOST OD LEKOVA I SUPSTANCI?			
HIV ILI HEPATITIS C?			
MOŽDANI UDAR?			
DEMENCIJA?			
PSIHIJATRIJSKI POREMEĆAJI KOJI SU ZAHTEVALI TERAPIJU?			
PROBLEMI SA KIČMOM?			
BOLESTI ŠTITASTE ŽLEZDE?			
ČIR NA ŽELUCU ILI DVANAESTOPALAČNOM CREVU?			
GORUŠICA?			
PSIHIJATRIJSKE BOLESTI?			
MIŠIĆNE BOLESTI/SLABOSTI?			

OPŠTA STANJA	DA	NE	KOMENTAR
DA LI STE PUŠAČ? AKO JE ODGOVOR DA, KOLIKO CIGARETA DNEVNO I KOLIKO DUGO?			
DA LI PIJETE ALKOHOL SVAKODNEVNO? AKO JE ODGOVOR DA, U KOJIM KOLIČINAMA?			
DA LI STE PRIMALI HEMIOTERAPIJU I/ILI RADIOTERAPIJU? AKO JE ODGOVOR DA, ZBOG ČEGA?			
DA LI STE TRUDNI ILI SUMNJATE DA STE TRUDNI?			
DA LI STE BILI HOSPITALIZOVANI U POSLEDNJIH 6 MESECI? AKO JE ODGOVOR DA, ZBOG ČEGA?			
DA LI IMATE POSEBNE ZAHTEVE U VEZI ISHRANE?			
DA LI IMATE NEKIH DRUGIH MEDICINSKIH STANJA KOJA NISU DO SADA POMENUTA?			

Lista lekova

Molimo Vas da u tabeli navedete koje lekove koristite, uključujući i homeopatske lekove, pomoćna lekovita sredstva i sl. Podsećamo Vas da obavezno sa svojim lekarom u našoj bolnici porazgovarate koje lekove morate prekinuti da koristite pre operacije. Takođe je potrebno da pri dolasku u bolnicu ponesete sve svoje lekove sa sobom.

Na kraju ovog informatora možete naći opšta uputstva o prekidanju unosa određenih lekova pre planirane hirurške intervencije.

NAZIV LEKA	DOZIRANJE	VREME UZIMANJA LEKA

Da li uzimate lekove protiv zgrušavanja krvi (npr. Varfarin, Klopidogrel, Aspirin, Cardiopirin i sl.)?

UKOLIKO UZIMATE, MOLIMO VAS DA NEODLOŽNO POZOVETE NAŠU BOLNICU KAKO BI DOBILI UPUTSTVA ZA PRIVREMENO PREKIDANJE TERAPIJE!

Ostale informacije

Da li živite sami? Ko će o Vama voditi računa prvih 48 sati nakon što napustite našu bolnicu i ko će biti kontakt osoba dok boravite u bolnici?

Ime i prezime _____ Kontakt tel: _____

Kontakt osoba: _____ Tel: _____

Da li imate posebni potreba i zahteva (npr. zbog problema sa vidom ili sluhom, kulturološke prirode i sl.)? Molimo Vas da ih navedete:

Da li imate posebni potreba religiozne prirode? Molimo Vas da ih navedete:


Da li imate probleme da vodite računa o sebi (npr. kod oblačenja, tuširanja, svakodnevnih kućnih poslova)? Molimo Vas da ih navedete:

Da li je potrebno da Vam obezbedimo pomagala za kretanje (hodalica, štap, invalidska kolica i sl.)? Molimo Vas da navedete:

Da li Vam je potreban prevodilac? Ako jeste, za koji jezik?

Pre prijema ćemo Vas kontaktirati kako bi porazgovarali o svim detaljima vezanim za Vaš boravak u našoj bolnici. Ukoliko ne budemo mogli da Vas kontaktiramo na broj telefona koji ste nam ostavili, da li nam dajete pristanak da Vam pošaljemo poruku? DA NE

Ukoliko Vas nismo kontaktirali 24h pre zakazanog prijema, molimo Vas da nas kontaktirate na broj telefona:

 011 785 88 88 _____

Vaš potpis _____ Datum: _____

Vaše ime i prezime (štampanim slovima): _____

Ovaj informator i upitnik je popunio: pacijent roditelj staratelj neko drugi (precizirati):
