



## שאלון בריאות



שאלה	כן	לא	פרט
1. האם הנך סובל/ת ממחלות לב? (אוטם, אי ספיקת לב, קוצב, צינתור)			ציין/י איזה מחלה ותאריך שעברת התערבות
2. האם את/ה סובל/ת מלחץ דם גבוה?			
3. האם את/ה סובל/ת מסכרת?			
4. האם את/ה סובל/ת ממחלת ריאות? (אסטמה, ברונכיט)			
5. האם הנך סובל/ת ממחלות בדרכי העיכול? (צרבת, רפלוקס)			
6. האם את/ה סובל/ת ממחלת כליה? (אי ספיקה כלייתית, אבנים, מחלה כרונית)			
7. האם את/ה סובל/ת ממחלות במערכת העצבים? (פירכוסים)			
8. האם את/ה סובל/ת ממחלות שריר?			
9. האם יש לך הפרעות במנגנון קרישת דם? (דימומים, שטפי דם)			
10. האם את/ה מקבל/ת תרופות נוגדי קרישת דם? (דילול דם)			ציין/י אלו תרופות
11. האם את בהריון?			
12. האם הנך מטופל/ת בתרופות פסיכיאטריות?			ציין/י אלו תרופות
13. האם הנך נשא/ית איידס, צהבת, B, C, שחמת?			ציין/י
14. האם יש לך מחלות אחרות שלא צוינו בגליון?			ציין/י אלו
15. האם את/ה משתמש/ת בסמים?			
16. שתיית אלכוהול באופן קבוע?			כמה כוסות ביום?
17. סבל/ת משפעת, צינון בשבועיים האחרונים?			
18. רגישות לתרופות?			
19. רגישות ל-LATEX?			
20. מעשן/נת?			
21. האם הנך מסוגל/ת לעלות לקומה שניה במדרגות?			
22. הפסקות שינה (נחירות)?			
23. ניתוחים בעבר?			
24. סיבוכים בהרדמה בניתוחים קודמים?			
25. אשפוזים בעבר?			
26. מצב השיניים - האם יש לך כתרים/תותבים/שתלים?			
27. האם את/ה נוטל/ת תרופות בקביעות?			ציין/י _____ _____ _____

הנני מצהיר/ה בזאת שכל התשובות שמסרתי נכונות

חתימת המטופל/ת

תאריך: \_\_\_\_\_