АНКЕТА ЗДОРОВЬЯ

Приложений №1 к амбулаторной карте пациента
ООО «КОСМОКОСМОС»

Успешность косметологического лечения может зависеть от наличия и степени развития общих заболеваний организма. Вот почему врачу важны сведения о состоянии Вашего здоровья. Они помогут правильно составить план лечения.
Сообщаемые Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

ФИО пациента _____

Пол _____. Рост_____. Масса тела _____. Возраст _____

Обведите кругом правильный вариант ответа.

Вопросы имеют непосредственное отношение к состоянию Вашей кожи и определяют возможность и надежность проведения косметологических процедур.

ЛИЧНЫЙ АНАМНЕЗ		
Испытываете ли Вы страх перед проведение косметологических процедур?	Да	Нет
Есть ли у Вас неблагоприятный опыт от предыдущих вмешательств?	Да	Нет
Были ли у Вас осложнения после косметологических процедур?	Да	Нет
Были ли когда-нибудь негативные последствия после проведения накожной и инъекционной анестезий?	Да	Нет
ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ	Да	Нет
Сон (8 и более часов)	Да	Нет
Питание (ограничения, диеты)	Да	Нет
Занятие спортом, гимнастики, физическая нагрузка	да	Нет
Ваша работа связана (ранее или сейчас) с вредными факторами: химическими, физическими (излучения, высокое давление, вибрация и т.д.)	Да	Нет
ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ		
Заболевания сердца, нарушение ритма	Да	Нет
Инфаркт миокарда (в каком году) _____	Да	Нет
Наличие кардиостимулятора	Да	Нет
Заболевания сосудов, варикозная болезнь	Да	Нет
Инсульт (в каком году) _____	Да	Нет
Повышение и понижение артериального давления	Да	Нет
Заболевания бронхолегочной системы (бронхиальная астма, ХОБЛ, пневмония)	Да	Нет
Заболевания желудочно-кишечного тракта	Да	Нет
Заболевания печени	Да	Нет
Заболевания почек	Да	Нет
Заболевания щитовидной, паращитовидной и других желез	Да	Нет
Сахарный диабет	Да	Нет
Травмы, сотрясение головного мозга (в каком году) _____	Да	Нет
Эпилепсия и др. заболевания центральной и периферической нервной системы	Да	Нет
Заболевание крови, нарушение свертываемости крови	Да	Нет
Заболевания ЛОР-органов (уха, горла, носа)	Да	Нет
Заболевания глаз, глаукома (повышение внутриглазного давления)	Да	Нет
Заболевания костной системы, суставов	Да	Нет
Заболевания кожи и ногтей	Да	Нет
Инфекционные заболевания: гепатит (А, В, С), ВИЧ, туберкулез, малярия, тиф, другое _____	Да	Нет
Другие заболевания, в том числе онкологические	Да	Нет
Перенесенные операции (какие, в каком году) _____	Да	Нет
ДОПОЛНИТЕЛЬНО		
Часто ли болеете простудными заболеваниями	Да	Нет
Являетесь ли Вы донором	Да	Нет
Проводилось переливание крови. Укажите года: _____	Да	Нет

Проводилась лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет	Да	Нет
Вредные привычки (курение, прием алкоголя, наркотических средств)	Да	Нет
Флюорография легких (ФЛГ) в последний раз проводилась в _____году	да	Нет
Последнее обследование на ВИЧ и сифилис проводилось в _____году	Да	Нет
АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ		
Бывает головокружение, потеря сознания, одышка при введении анестетиков или др. лекарственных препаратов	Да	Нет
○ На местные анестетики	Да	Нет
○ На антибиотики	Да	Нет
○ На препараты йода	Да	Нет
○ На гормональные препараты	Да	Нет
○ На другие лекарственные препараты	Да	Нет
○ На пыльцу и растения, на шерсть животных, химические вещества и др.	Да	Нет
Постоянно принимаю лекарственные препараты _____	Да	Нет
Проводилось ли лечение иных заболеваний за прошедшие дни, недели, месяцы	Да	Нет
Стою на учете в лечебном учреждении _____	Да	Нет
Последнее общемедицинское обследование проводилось в _____году	Да	Нет
ДЛЯ ПАЦИЕНТОК		
Беременны ли ВЫ	Да	Нет
Являетесь ли Вы кормящей матерью	Да	Нет
Имеются ли нарушения менструального цикла	Да	Нет
Постоянно или периодически принимаете противозачаточные препараты	Да	Нет
Последнее посещение врача-гинеколога в _____году	Да	Нет

Я в полном объеме предоставил(а) информацию в соответствии с пунктами анкеты. Дополнительно хочу сообщить о состоянии своего здоровья следующее: _____
_____
_____

- Мне известно, что сведения о состоянии здоровья надо периодически обновлять.
- Мне известно, что результаты лечения (выполнения работ) зависят от состояния моего здоровья.
- Мне известно, что гарантии на каждую выполненную исполнителем работу будут определяться с учетом моего здоровья.
- Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов перед посещением врача-косметолога, мне надо сообщать об этом врачу.

Дата _____Подпись пациента_____/_____

ФИО врача-косметолога, ознакомившегося с медицинской анкетой	**Дата**	**Подпись**