

ANKIETA ZGŁOSZENIA PACJENTA

DO LECZENIA W ODDZIALE CHIRURGII REKONSTRUKCYJNEJ NARZĄDU RUCHU I REPLANTACJI

Data zgłoszenia:.....

Imię i nazwisko pacjenta:.....

Data urodzenia pacjenta:.....

Rozpoznanie będące przyczyną
kierowania:.....

Inne
obrażenia:.....

Choroby współistniejące, przebyte operacje inne niż zastosowane w aktualnym procesie leczenia:

.....

Aktualnie zażywane leki w tym antybiotyki (data od kiedy antybiotyk/i):.....

.....

Antybiotyk 1: od.....

Antybiotyk 2:..... od.....

Antybiotyk 3:..... od.....

Antybiotyki stosowane na wcześniejszym etapie leczenia.....

.....

Data i mechanizm urazu, krótka epikryza:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wcześniejsze operacje (kiedy/jakie?*)

1.Data..... Rodzaj operacji.....

.....

2.Data..... Rodzaj operacji.....

.....

3. Data..... Rodzaj operacji.....

.....

4. Data..... Rodzaj operacji.....

.....

5. Data..... Rodzaj operacji.....

.....

Inne istotne informacje mogące mieć znacznie na zastosowane leczenie (np. obecność tętna na kończynach, alergie, zgoda chorego na przetaczanie krwi i jej preparatów itp.):.....

.....

.....

.....

Imię i nazwisko lekarza prowadzącego:.....

telefon kontaktowy(optymalnie telefon komórkowy):.....

mail do kontaktu (opcjonalnie):.....

PROSZĘ ZAŁĄCZYĆ WYNIKI WCZEŚNIEJ WYKONANYCH KONSULTACJI, ZDJĘCIA Z DNIA URAZU (JEŚLI SĄ DOSTĘPNE I BYŁY WYKONANE) ORAZ ZDJĘCIA WYKONYWANE W TRAKCIE OPATRUNKÓW. POZA TYM PROSZĘ ZAŁĄCZYĆ ZDJĘCIA RTG ORAZ INNE BADANIA KTÓRE BYŁY WYKONYWANE, A KTÓRE POZOWOLĄ WSTĘPNIE OCENIĆ STAN MIEJSCOWY I MOŻLIWOŚCI LECZENIA.

SKAN ANKIETY I ZDJĘCIA RTG ORAZ ZDJĘCIA STANU KLINICZNEGO PRZOSZE PRZESŁAĆ NA ADRES MAILOWY:

P.MALETA@5WSZK.COM.PL

*) jeśli były to tylko operacje oczyszczania, wymiany opatrunku, można wpisać w jednym z punktów i wpisać tylko daty tych operacji