**Анкета пациента**

**ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Ответив на нижеперечисленные вопросы, Вы поможете врачу выявить возможные проблемы и предохранить Вас от ненужного риска.***

|  |
| --- |
| **Жалобы:** |
| Последний прием пищи (укажите время):  |
| Заболевания пищеварительного тракта (какие): | Да | Нет |
| Выполнялось ли ранее эндоскопическое исследование:- если да, взять предыдущие протоколы исследований | Да | Нет |
| Выполнялось ли ранее рентгенологическое исследование пищевода, желудка, толстой кишки? | Да | Нет |
| Ранее перенесенные операции, если да, можете уточнить название и дату:  | Да | Нет |
| Опухолевые и воспалительные заболевания пищеварительного тракта у родственников (какие, у кого):  | Да | Нет |
| Аллергические реакции на цветение, животных, медикаменты (антибиотики, местные анестетики, препараты йода, другие), пищевые продукты, другое: | Да | Нет |
| Курение (сколько лет, количество пачек/сигарет в день): | Да | Нет |
| Заболевания или состояния, связанные с повышенной кровоточивостью (частые носовые кровотечения, склонность к возникновению кровоподтеков, синяков): | Да | Нет |
| Принимаете ли в настоящее время лекарственные препараты, укажите какие:- разжижающие кровь (кардиомагнил, аспирин, тромбо асс, гепарин, плавикс, варфарин, ксарелто, др.) - противовоспалительные и обезболивающие (диклофенак, нурофен, найз и др.)- ингибиторы протонной помпы (омез, рабепразол, дексилант, нексиум, париет и др.)- другие препараты (гипотензивные, антиаритмические, сахаропонижающие и др.) | Да | Нет |
| Имеются ли у Вас заболевания сердца, легких (пороки сердца, аритмии, повышенное артериальное давление, бронхиальная астма, другие): | Да | Нет |
| Другие хронические заболевания: сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, эпилепсия, глаукома, заболевания почек и другие  | Да | Нет |
| Острые или хронические инфекционные заболевания (гепатит, ВИЧ, др.) | Да | Нет |
| Наличие водителя ритма сердца, других металлических имплантатов (например, искусственный сустав): | Да | Нет |
| Имеются ли у вас съемные зубные протезы (виниры, коронки, мосты, вставные челюсти, импланты)? | Да | Нет |
| Наблюдались ли у ЛОР-врача, обследовались ли ранее по поводу заболеваний шеи, горла (нарушение акта глотания, наличие дивертикулов и кист шеи, переломы шейных позвонков в анамнезе и др.)  | Да | Нет |
| (Для женщин) Возможна ли в настоящее время беременность? | Да | Нет |
| (Для женщин) Кормите ли Вы грудью в настоящее время?  | Да | Нет |

*Настоящая Анкета заполнена мной до начала проведения эндоскопического обследования*

Подпись пациента (законного представителя пациента):

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(ФИО) (подпись)*

Пациент (законный представитель пациента) расписался в моем присутствии

Врач-эндоскопист\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 */ФИО / /подпись/ /дата/*