

	Pytanie	TAK	NIE
1.	Czy leczy się Pani ostatnio? Z jakiego powodu?		
	Poprzednie porody i ich przebieg:		
2.	Czy przyjmuje Pani jakiegokolwiek leki ? Jakie ?		
3.	Czy była Pani kiedykolwiek znieczulana, operowana ? Kiedy, z jakiego powodu ?		
4.	Czy przetaczano Pani w przeszłości krw lub produkty krwiopochodne (transfuzja)? Jeżeli tak, to kiedy:		
5.	Choroby serca (wada serca, zaburzenia rytmu, dusznica bolesna, zawał , zapalenie, za wysokie lub za niskie ciśnienie, duszność przy wchodzeniu po schodach)		
6.	Naczynia krwionośne: żylaki, zakrzepy, zaburzenia ukrwienia, udar mózgu		
7.	Drogi oddechowe/płuca: przewlekłe zapalenie oskrzeli, astma oskrzelowa, zapalenie płuc, gruźlica, rozedma płuc, nocny bezdech, porażenie strun głosowych/przepony		
8.	Wątroba: żółtaczka, marskość wątroby, stłuszczenie wątroby, kamica żółciowa		
9.	Nerki: podwyższony poziom kreatyniny, dializa, zapalenie nerek, kamica nerkowa		
10.	Przełyk, żołądek, jelita: wrzód, zwężenia, zaburzenia trawienia, zgaga, refluks żołądkowo-jelitowy		
11.	Przemiana materii: cukrzyca, dna moczanowa		
12.	Tarczycza: nadczynność, niedoczynność, wole		
13.	Układ kostny: choroby stawów, bóle pleców, dyskopatia, zespół bolesnego barku		
14.	Nerwy/umysł: udar, porażenia, padaczka. depresja, częste bóle głowy. Jeżeli tak to kiedy?:		
15.	Oczy: zaćma, jaskra, szkła kontaktowe		
16.	Krew: zaburzenia krzepnięcia, także u bliskich krewnych, częste krwawienia z nosa, siniaki powstające także bez urazu lub po delikatnym dotknięciu, przedłużone krwawienie po operacji		
17.	Mięśnie: osłabienie mięśni, choroby mięśni, także u najbliższych krewnych		
18.	Uczulenie (np. katar sienny) lub nadwrażliwość na pokarmy, fruktozę, leki, jod, plaster lateks (np. rękawice gumowe, gumka do ścierania ołówka, balony) Inne:		
19.	Inne choroby/dolegliwości? Jakie?		
20.	Czy ma Pani ruszające się zęby ? Oproteźowanie zgryzu (protezy, koronki, zębów ćwiekowy)		
21.	Czy pali Pani papierosy ? Jeżeli tak, to od ilu lat? I ile dziennie?		
22.	Czy pije Pani alkohol ? Jeżeli tak, to jak często? Jaki rodzaj i jak dużo?		
23.	Czy zażywa Pani środki uspokajające lub nasenne ? Jakie?		
24.	Czy Pani przyjmuje lub przyjmowała w przeszłości narkotyki ? Jakie?		
25.	Czy występują u Pani inne choroby/problemy zdrowotne ? Jeżeli tak, jakie?		