



SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA PAWEŁ PASZKOWSKI - SPECJALISTA PEDIATRA KARDIOLOG DZIECIĘCY  
63-400 Ostrów Wielkopolski ul. M.Konopnickiej 2a tel. +48 603790399 [www.ortocard.pl](http://www.ortocard.pl)

### Kardiologiczny kwestionariusz historii choroby pacjenta pediatrycznego

Dziękuję za sumiennosc i poświęcenie czasu na wypełnienie kwestionariusza, który pozwoli lepiej służyć Waszym potrzebom zdrowotnym. Kwestionariusz jest poufną częścią dokumentacji medycznej pacjenta przeznaczonym do użytku lekarskiego.

Data wypełnienia formularza .....

Imię i nazwisko pacjenta .....

Data urodzenia pacjenta .....PESEL \_ \_ \_ \_ \_

ADRES ZAMIESZKANIA Z KODEM POCZTOWYM

ADRES E – MAIL do kontaktu

Nazwa i adres placówki oraz imię i nazwisko lekarza sprawującej opiekę nad pacjentem w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

Osoby upoważnione do uzyskania informacji o stanie zdrowia pacjenta ( rodzice, opiekunowie prawni ,inne ):

1. .... tel.....
2. .... tel.....
3. .... tel.....

AKTUALNY PROBLEM ZDROWOTNY ( przyczyna zgłoszenia się do kardiologa)- krótki opis

AKTUALNIE PRZYJMOWANE PRZEZ PACJENTA LEKI ORAZ ICH DAWKI ( UWAGA ! jeżeli pacjent nie otrzymuje leków wpisz ŻADNE )

ALERGIE PACJENTA ( leki, żywność, środowisko, inne ) – proszę wpisać NIE lub TAK ( jeśli TAK podać na co jest uczulenie i jego objawy )

#### WYWIAD RODZINNY

MATKA – wiek ..... lat. OJCIEC – wiek ..... lat

Czy rodzice dziecka chorują przewlekłe, przyjmują na stałe leki, są pod opieką poradni specjalistycznych

MATKA O NIE O TAK (jeśli **tak** proszę podać jakie) .....

OJCIEC O NIE O TAK (jeśli **tak** proszę podać jakie) .....

Czy dziecko ma rodzeństwo ?

O NIE O TAK ( jeśli **tak** podać wiek i płeć rodzeństwa ..... )

Czy rodzeństwo dziecka choruje przewlekłe, przyjmują na stałe leki, jest pod opieką poradni specjalistycznych

O NIE O TAK (jeśli **tak** proszę podać jakie) .....

Czy u członków rodziny pacjenta występują niżej wymienione stany chorobowe ( proszę zaznaczyć NIE JEST MI WIADOMO -lub TAK – jeśli **tak** proszę podać pokrewieństwo wobec dziecka ) ?

Nadciśnienie tętnicze ..... O NIE JEST MI WIADOMO O TAK.....

Podwyższony poziom cholesterolu..... O NIE JEST MI WIADOMO O TAK.....

Cukrzyca..... O NIE JEST MI WIADOMO O TAK.....

Choroba wieńcowa ( zawał przed 50 rokiem życia ) O NIE JEST MI WIADOMO O TAK.....

Udar..... O NIE JEST MI WIADOMO O TAK.....

Choroby naczyń krwionośnych..... O NIE JEST MI WIADOMO O TAK.....

Arytmie ( nieregularne bicie serca )..... O NIE JEST MI WIADOMO O TAK.....

Nowotwory..... O NIE JEST MI WIADOMO O TAK.....

Wrodzone wady serca..... O NIE JEST MI WIADOMO O TAK.....

Wszczepienie rozrusznika serca..... O NIE JEST MI WIADOMO O TAK.....

Wszczepienie kardiowertera – defibrylatora ..... O NIE JEST MI WIADOMO O TAK.....

Przebyte operacje kardiologiczne..... O NIE JEST MI WIADOMO O TAK.....

INNE ..... O NIE JEST MI WIADOMO O TAK.....

Czy u członka rodziny dziecka wystąpił incydent nagłej śmierci przed 50 rokiem życia spowodowany problemami sercowo-naczyniowymi ( zawał mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu, udary mózgu itp. ) ?

O NIE O TAK ( jeśli **tak** podać pokrewieństwo ..... )

Czy u członka rodziny dziecka wystąpił incydent nagłej, niespodziewanej śmierci przed 50 rokiem życia ( włączając w to zespół nagłej śmierci łóżeczkowej niemowląt, wypadki samochodowe, utonięcia, inne ) ?

O NIE O TAK ( jeśli **tak** podać pokrewieństwo .....

Czy u członka rodziny dziecka wystąpił incydent niewyjaśnionego omdlenia lub drgawek ?

O NIE O TAK ( jeśli **tak** podać pokrewieństwo .....

#### WYWIAD DOTYCZĄCY PACJENTA

Dziecko z ciąży ( której?) ..... porodu (którego?) ..... urodzone w tygodniu ciąży ( którym ) .....

z masą urodzeniową ..... g oraz długością .....cm ; ocenione w skali Apgar na ..... punktów .

Poród siłami natury O TAK O NIE ( jeśli **nie** zaznaczyć: O cięcie cesarskie O kleszcze O próżniociąg O inne..... )

Okres noworodkowy O Niepowikłany O Powikłany (jeśli powikłany zaznaczyć: O hospitalizacja, Owczesniactwo

O nasiloną żółtaczką, O zespół zaburzeń oddychania O inne -wymienić :.....)

Dziecko zaczęło chodzić w .....miesiącu życia Dziecko zaczęło mówić w ..... miesiącu życia

Szczepienia realizowane zgodnie z kalendarzem szczepień ( wszystkie, terminowo ) O TAK O NIE

Jeżeli nie podać rodzaj odstępstwa od kalendarza .....

Czy stosowano dodatkowe szczepienia O NIE O TAK (jeśli **tak** podać jakie O pneumokoki O meningokoki

O ospa wietrzna O rotawirusy O inne .....

Czy dziecko było w przeszłości leczone szpitalnie (podać powód oraz przybliżony wiek dziecka podczas hospitalizacji ):

1.....

2.....

3.....

Czy dziecko znajduje się w opiece poradni specjalistycznej (podać rodzaj poradni i powód skierowania )

1.....

2.....

3.....

Czy u dziecka kiedykolwiek występowały poniżej wymienione objawy ( jeśli **tak** podać czas i okoliczności wystąpienia )

O NIE O TAK utrata przytomności

O NIE O TAK bóle w klatce piersiowej związane z wysiłkiem fizycznym

O NIE O TAK kołatania serca ( nierówna praca serca )

O NIE O TAK obniżona (względem rówieśników) tolerancja wysiłku fizycznego

O NIE O TAK nawracające infekcje dolnych dróg oddechowych ( zapalenia oskrzeli, zapalenia płuc )

O NIE O TAK drgawki

Czy u dziecka wcześniej stwierdzano nieprawidłowości w układzie sercowo-naczyniowym:

O NIE O TAK szmery serca O NIE O TAK podwyższone ciśnienie tętnicze

O NIE O TAK nierówną czynność serca, O inne .....

Czy u dziecka były wykonywane kiedykolwiek badania układu krążenie takie jak :

EKG ( elektrokardiogram ) O NIE O TAK USG serca ( Echo ) O NIE O TAK

Holter EKG O NIE O TAK Próba wysiłkowa O NIE O TAK

Inne .....

Jeżeli było wykonane jedno z powyższych badań proszę podać z jakiego powodu było zleczone

Czy u dziecka stwierdzano kiedykolwiek jakiekolwiek wady wrodzone O NIE O TAK (jeśli **tak** proszę podać jakie )

Stwierdzam że zgodnie z moją najlepszą wiedzą, odpowiedzi na powyższe pytania są wyczerpujące i prawdziwe.

Wyrażam zgodę na badania, których wykonanie jest niezbędne do prawidłowej oceny stanu zdrowia.

Wyrażam zgodę na anonimowe wykorzystanie wyników badań do celów statystycznych i naukowych.

.....  
PODPIS RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

.....  
PODPIS PACJENTA ( POWYŻEJ 16 ROKU ŻYCIA)

#### Zgoda na wykorzystanie numeru telefonu komórkowego oraz adresu e – mail

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie udostępnionych danych w celu otrzymywania obecnie oraz w przyszłości wiadomości telefonicznych, SMS oraz wiadomości e-mail informujących o terminach wizyt lekarskich, wynikach badań/konsultacji. Przyjmuję do wiadomości, że w każdym momencie przysługuje mi prawo do modyfikacji złożonego oświadczenia, jak również do rezygnacji z otrzymywanych informacji telefonicznych, SMS oraz wiadomości e – mail. Rezygnacji można dokonać składając pisemne oświadczenie

.....  
PODPIS RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

.....  
PODPIS PACJENTA ( POWYŻEJ 16 ROKU ŻYCIA)

.....  
PIECZATKA I PODPIS LEKARZA