

# Gilvydis Vein Clinic

## Egzamino klausimynas

Ligonio pavardė \_\_\_\_\_ Paciento vardas \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Gimimo data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Amžius: \_\_\_ Sex: M / F # of pregnancies: \_\_\_ Ūgis \_\_\_ Svoris \_\_\_

Pirminis gydytojas: \_\_\_\_\_ Siunčiamas: \_\_\_\_\_

OB/GIN: \_\_\_\_\_ Dermatologas: \_\_\_\_\_

Bendroji medicinos istorija

Išvardykite buvusias ir esamas medicinines ligas, nuo kurių gydėtės, ir diagnozavimo metus:

\_\_\_\_\_

Išvardykite visas operacijas ir atliktus metus: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Išvardykite visas alergijas ir reakcijas, kurias galite turėti: \_\_\_\_\_

Ar esate alergiškas: lateksui TAIP NE \_\_\_\_\_ Reakcijai

Jodas TAIP NE \_\_\_\_\_ Reakcija

Klijai TAIP NE \_\_\_\_\_ Reakcija

Lidokainas TAIP NE \_\_\_\_\_ Reakcija

Vaistai; Receptinis / nereceptinis: įtraukite dozę ir vaisto vartojimo dažnumą:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ar rūkote? Taip Ne Jei taip, kiek pakuočių per dieną \_\_\_\_\_

## Venų Istorija

Ar jūsų kojų problemos trukdo jūsų kasdieniam gyvenimo būdui? (Prašome apibraukti visus tinkamus variantus)

(Tik dešinė koja / tik kairė koja / abi kojos)

Vaikščiojimas \*Darbas Pratimai Laiptai Klūpėjimas Visuomeninė veikla Miegas

Kita: \_\_\_\_\_

\*Jei simptomai trukdo DIRBTI, kiek? Visai ne, Lengvai, Vidutiniškai, Sunkiai, Negali dirbti

Ar kuris nors iš toliau nurodytų dalykų sukelia jums diskomfortą? (Prašome apibraukti visus tinkamus variantus)

Llgas stovėjimas / Sėdėjimas Karštas oras / Karštos vonios Menstruacinis Ciklas Nėštumas  
Vaikščiojimas

**Ar kuris nors iš toliau nurodytų dalykų laikinai palengvina jūsų simptomus?** (Prašome apibraukti visus tinkamus variantus)

Pakeliamas Vaikščiojimas Kompresinės Kojinės Vaistai Šiltos/Salčio Pakuotės Poilsis

**Ar jaučiate kurį nors iš šių simptomų?** (Retkarčiais arba dažnai – pažymėkite visus tinkamus variantus)

Kojos tinimas	Dešinė Kairė	Opa	Dešinė Kairė
Nuovargis / nuovargis	Dešinėje Kairėje	Bėrimas ant kojos	Dešinė Kairė
Degimas	Dešinė Kairė	Odos spalvos pasikeitimas	Dešinė Kairė
Niežulys	Dešinė Kairė	Išsipūtusi vena	Dešinė Kairė
Mėšlungis	Dešinė Kairė	Kraujavimas	Dešinė Kairė
Nerami koja	Dešinė Kairė	Skausmas ar skausmas	Dešinė Kairė
Pilnatvė	Dešinė Kairė	Pulsuojantis	Dešinė Kairė

**Pagal skalę nuo 1 iki 10 (kai 10 yra blogiausias), kur įvertintumėte savo skausmą/diskomfortą kojose?**  
(Apskritimas vienas)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Skausmo kokybė (apsukite visus tinkamus dalykus):** staigus nuobodus traukimas, skausmas, pulsuojantis

**Have you had any treatment on your varicose veins/spider veins? Yes No**

\*\*\*If Yes, please explain type and leg: \_\_\_\_\_

## Šeimos Istorija

Veninė opa Venų išsiplėtimas GVT PE Flebitas PVD Kojų patinimas Širdies užsesys

Save

Tėvas

Motina

Broliai ir seserys

Pat. Senelis

Mat. Senelis

Šeimoje nėra sirgusių varikoze

Pažymėkite „Taip“ arba „Ne“, jei šiuo metu gydotės dėl šių sveikatos sutrikimų.

Širdies ir kraujagyslių	Taip Ne	Periferinės kraujagyslės	Taip Ne
Širdies smūgis	__ __	Periferinių arterijų liga	__ __
ASD/VSD/PFO	__ __	Diabetas	__ __
Širdies užsesys	__ __	<b><u>Kvėpavimo</u></b>	__ __
Kraujo krešuliai	__ __	Dusulys	__ __
Prieširdžių virpėjimas	__ __	Miego apnėja	__ __
Stazinis širdies nepakankamumas	__ __	CPAP/BiPap naudojimas	__ __
		LOPL	__ __

1. Ar buvote pasiskiepiję nuo gripo? Taip Ne Atmesta (siūlomas PCP)

**ATSAKYK ŠIAUSIAI, JEI VIRŠNESI 65 METAI:**

1. Ar skiepėtės nuo pneumonijos? **taip ne**

2. Ar turite išankstinių nurodymų (sveikatos priežiūros gyvenimo testamentas / įgaliojimas)? **Taip Ne**

**Atsisakė atsakyti**

Jei taip, įgaliojimo pavadinimas: \_\_\_\_\_

**TOLIAU UŽPILDYTA BIURO PERSONALŲ**

AKS \_\_\_\_/\_\_\_\_ pulsas \_\_\_\_\_

**Dešinė koja**

**Kairė koja**

Data\_\_\_\_\_

Kulkšnis\_\_\_\_

Kulkšnis\_\_\_\_

Padovanotos kojinės

Blauzdas\_\_\_\_

Blauzdas\_\_\_\_

Duotas RX

Šlaunis\_\_\_\_

Šlaunis\_\_\_\_

Draudimas

Kojos ilgis\_\_\_\_

Kojos ilgis\_\_\_\_

Apmokėjimas

Blauzdos ilgis\_\_\_\_

Blauzdos ilgis\_\_\_\_

savarankiškai

Dydis\_\_\_\_