KARTA WYWIADU CHORÓB PRZEWODU POKARMOWEGO

DANE PACJENTA
Nazwisko i imię ……..... **PESEL** | | | | | | | | | | |

	Codziennie	*co 2-3 dni*	*1 x w tyg.*	*1 x w mies.*	*nie występują*
NUDNOŚCI	☐	☐	☐	☐	☐
WYMIOTY	☐	☐	☐	☐	☐
ODBIJANIE	☐	☐	☐	☐	☐
UCZUCIE CIAŁA OBCEGO W GARDLE	☐	☐	☐	☐	☐
UCZUCIE CIAŁA OBCEGO W PRZEŁYKU	☐	☐	☐	☐	☐
PIEKĄCY DYSKOMFORT/BÓL ZA MOSTKIEM	☐	☐	☐	☐	☐
BÓL LUB PIECZENIE W NADBRZUSZU	☐	☐	☐	☐	☐
PRZELEWANIA	☐	☐	☐	☐	☐
WZDĘCIA	☐	☐	☐	☐	☐
BÓLE SKURCZOWE BRZUCHA	☐	☐	☐	☐	☐
TĘPE BÓLE BRZUCHA	☐	☐	☐	☐	☐
NIEPEŁNE WYPRÓŻNIENIE	☐	☐	☐	☐	☐
BOLESNE PARCIE PRZY WYPRÓŻNIANIU	☐	☐	☐	☐	☐
BÓL LUB PIECZENIE PO WYPRÓŻNIENIU	☐	☐	☐	☐	☐
ŚWIĄD ODBYTU	☐	☐	☐	☐	☐
ŚLAD ŚIEŻEJ KRWI NA PAPIERZE TOALETOWYM	☐	☐	☐	☐	☐
ŚWIEŻA KREW ZE STOLCEM	☐	☐	☐	☐	☐
SMOLISTY STOLEC (CZARNY, MAZISTY)	☐	☐	☐	☐	☐
ŚLUZ ZE STOLCEM	☐	☐	☐	☐	☐
NIETRZYMANIE GAZÓW I/LUB STOLCA	☐	☐	☐	☐	☐

UTRATA MASY CIAŁA W CIĄGU 3 MIESIĘCY ☐ **do 2 kg** ☐ **2-5 kg** ☐ **powyżej 5 kg**

LOKALIZACJA BÓLÓW BRZUCHA **nadbrzusze** ☐ **śródbrzusze** ☐ **podbrzusze** ☐

KONSYSTENCJA STOLCA **twardy** ☐ **normalny** ☐ **papkowaty** ☐ **wodnisty** ☐

ILOŚĆ STOLCÓW ☐ **razy dziennie** ☐ **razy w tygodniu** ☐ **razy w nocy**

JAK DŁUGO TRWAJĄ DOLEGLIWOŚCI: ☐ **mniej niż 3 miesiące** ☐ **do 6 miesięcy** ☐ **powyżej 6 miesięcy** ☐ **powyżej roku**

Uwaga: Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w zakresie koniecznym do proponowanego leczenia i diagnozowania

…….……. ……
Data i podpis lekarza weryfikującego *Czytelny podpis pacjenta*

Kopiowanie, rozpowszechnianie i udostępnianie treści dokumentu tylko za zgodą Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością. Nadzór nad zgodnością z wymaganiami Normy PN EN ISO 9001:2015 i aktualizacją dokumentu sprawuje Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością