



## პაციენტის წინასაოპერაციო კითხვარი

### პ ა ც ი ე ნ ტ ი ს ს ა ყ უ რ ა დ ღ ე ბ ო დ

თქვენს მიერ ექიმისათვის მიწოდებულმა არასწორმა ინფორმაციამ შესაძლებელია საფრთხე შეუქმნას ოპერაციის შედეგს და თქვენს ჯანმრთელობას.

მოწოდებული ინფორმაცია არის კონფიდენციალური.

გვარი, სახელი ----- თარიღი -----

ბარათის ნომერი -----

განყოფილება ----- პალატის ნომერი -----

#### პასუხი შემოხაზეთ

|                                                                                              |      |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----|
| 1.გაქვთ თუ არა ტკივილი გულის არეში                                                           | დიახ | არა |
| -დატვირთვის დროს                                                                             | დიახ | არა |
| -მოსვენების დროს                                                                             | დიახ | არა |
| -ღამით                                                                                       | დიახ | არა |
| 2.გაქვთ თუ არა ქოშინი (პაერის უკმარისობა)                                                    | დიახ | არა |
| -კიბეზე ასვლისას                                                                             | დიახ | არა |
| -მოსვენებით მდგომარეობაში                                                                    | დიახ | არა |
| -ღამით                                                                                       | დიახ | არა |
| 3.გაქვთ თუ არა არითმია                                                                       | დიახ | არა |
| 4.გაწუხებთ თუ არა მაღალი არტერიული წნევა                                                     | დიახ | არა |
| 5.გაქვთ თუ არა გადატანილი გულ-სისხლძარღვთა სისტემასთან დაკავშირებული დაავადებები(ნამოთვალეთ) | დიახ | არა |
|                                                                                              |      |     |
|                                                                                              |      |     |
| 6.გაქვთ თუ არა თავის ტკივილი                                                                 | დიახ | არა |
| -თავის ტკივილის დროს გაქვთ თუ არა გულისრევის შეგრძნება                                       | დიახ | არა |
| -თავის ტკივილის დროს გაქვთ თუ არა ლებინება                                                   | დიახ | არა |
| -თავის ტკივილის დროს გაქვთ თუ არა შუილი ყურებში                                              | დიახ | არა |
| -თავის ტკივილის დროს გაქვთ თუ არა თავბრუსხვევა                                               | დიახ | არა |
| 7.გჭონიათ თუ არა გონების დაკარგვის ეპიზოდი                                                   | დიახ | არა |
| 8.გაქვთ თუ არა მხედველობის პრობლემა                                                          | დიახ | არა |
| -გაქვთ თუ არა გლაუკომა                                                                       | დიახ | არა |
| -გაქვთ თუ არა პიომია (ახლომხედველობა)                                                        | დიახ | არა |
| 9.გაქვთ თუ არა პრობლემები პირის ღრუს მხრივ                                                   | დიახ | არა |
| -გაქვთ თუ არა მერყევი კბილები                                                                | დიახ | არა |
| -გაქვთ თუ არა პროთეზი                                                                        | დიახ | არა |
| -გაქვთ თუ არა მოსახსნელი პროთეზი                                                             | დიახ | არა |
| 10.გაქვთ თუ არა ყლაპვის გაძნელება                                                            | დიახ | არა |
| 11.გაქვთ თუ არა ყელის ტკივილი                                                                | დიახ | არა |
| 12.გაქვთ თუ არა ხველა                                                                        | დიახ | არა |
| -სისხლიანი ნახველი                                                                           | დიახ | არა |
| -მოყვითალო ფერის ნახველი                                                                     | დიახ | არა |
| 13.გაქვთ თუ არა ბრონქული ასთმის მოვლენები                                                    | დიახ | არა |
| 14.გადატანილი გაქვთ თუ არა ფილტვების ანთება ან პლევრიტი                                      | დიახ | არა |

|                                                                   |      |     |
|-------------------------------------------------------------------|------|-----|
| 15.გაქვთ თუ არა ტკივილი მუცლის არეში                              | დიახ | არა |
| 16.გაქვთ თუ არა კუჭის და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება | დიახ | არა |
| 17.გაქვთ თუ არა შავი ფერის განავალი                               | დიახ | არა |
| 18.გაქვთ თუ არა ბოყინი,გულძმარვა,ხლოყინი                          | დიახ | არა |
| 19.გაქვთ თუ არა თირკმლის დაავადება                                | დიახ | არა |
| 20.გაქვთ თუ არა ნაღვლ-კენჭოვანი დაავადება                         | დიახ | არა |
| 21. გაქვთ თუ არა ტკივილი წელის არეში                              | დიახ | არა |
| 22. გაქვთ თუ არა შარდის გაძნელება                                 | დიახ | არა |
| 23. გაქვთ თუ არა ხშირი შარდვა                                     | დიახ | არა |
| 24. გაქვთ თუ არა ბუახილი                                          | დიახ | არა |
| 25. გაქვთ თუ არა ვენების ვარიკოზული გაგანიერება                   | დიახ | არა |
| 26. გაქვთ თუ არა ღიაბეტი                                          | დიახ | არა |
| 27. გაქვთ თუ არა ფარისებური ჯირკვლის დაავადება                    | დიახ | არა |
| 28. გაქვთ თუ არა კანის დაავადებები                                | დიახ | არა |
| 29. გაქვთ თუ არა სასქესო ორგანოების დაავადებები                   | დიახ | არა |
| 30. გაქვთ თუ არა ვენერიული დაავადებები                            | დიახ | არა |
| 31. გაქვთ თუ არა აღურგია მედიკამენტებზე                           | დიახ | არა |
| - მედიკამენტების დახახელება                                       | დიახ | არა |
|                                                                   |      |     |
|                                                                   |      |     |
|                                                                   |      |     |
|                                                                   |      |     |
| 32. გაქვთ თუ არა სეზონური აღურგია                                 | დიახ | არა |
| 33. გაქვთ თუ არა აღურგია კვების პროდუქტებზე                       | დიახ | არა |
| 34. დებულობთ თუ არა მედიკამენტებს                                 | დიახ | არა |
| -მედიკამენტების დახახელება                                        |      |     |
|                                                                   |      |     |
|                                                                   |      |     |
|                                                                   |      |     |
|                                                                   |      |     |
| 35. წამოთვალეთ თქვენს მიერ გადატანილი დაავადებები                 |      |     |
|                                                                   |      |     |
|                                                                   |      |     |
|                                                                   |      |     |
|                                                                   |      |     |
| 36. ინფიცირებული ხართ თუ არა აივ-ინფექციით                        | დიახ | არა |
| 37. გაქვთ თუ არა გადატანილი ქეპატიტის (A, B, C) ტუბერკულოზი       | დიახ | არა |
| 38. მიღებული გაქვთ თუ არა თავის ტრავმა                            | დიახ | არა |
| 39. ექვეით თუ არა თამბაქოს                                        | დიახ | არა |
| 40. ეტანებით თუ არა ალკოჰოლს                                      | დიახ | არა |
| 41. იღებთ თუ არა ნარკოტიკებს                                      | დიახ | არა |
| 42. უწივით თუ არა უძილობას                                        | დიახ | არა |
|                                                                   |      |     |
|                                                                   |      |     |

პაციენტის ხელმოწერა -----