

Kwestionariusz zdrowotny pacjentów mających uczestniczyć w zabiegu normobarycznym.

Ja, niżej podpisany potwierdzam, że wprowadzone przeze mnie dane są poprawne. Wyrażam zgodę, żeby dane były wykorzystywane wyłącznie do celów wewnętrznych Gabinetu Terapii Naturalnych Maitri.

Jestem świadomy, że terapia hiperbaryczna nie zastępuje wszystkich zabiegów medycznych. Należy skonsultować się z lekarzem odnośnie swojego stanu zdrowia. Jestem świadomy przeciwwskazań.

Imię _____

Nazwisko _____

Adres _____

Miasto _____

Telefon _____

E-mail _____

Płeć K M

Celem tego kwestionariusza zdrowia jest odpowiedzenie na pytanie czy potrzebne jest badanie lekarskie przed zabiegiem hiperbarycznym.

Na poniższe pytania proszę odpowiedzieć **TAK** lub **NIE**. W przypadku, gdy odpowiedź na jedno lub więcej z poniższych pytań jest twierdząca, przed użyciem niniejszego urządzenia użytkownik ma obowiązek skontaktować się z lekarzem i uzyskać jego opinię na temat możliwości zastosowania terapii z wykorzystaniem komory hiperbarycznej.

Czy aktualnie przyjmujesz któryś z wymienionych leków:

Doxorubicin hydrochloride (Adriamycin). TAK NIE

Bleomycin. TAK NIE

Cisplatin TAK NIE

Disulfiram (Antabus) TAK NIE

Mefanide Acetate (Sulfamylon) TAK NIE

Czy cierpisz na nieleczona odma opłucnowa? TAK NIE

Czy cierpisz na ciężką obturacyjną chorobę płuc? TAK NIE

Czy posiadasz któreś z powiązanych przeciwwskazań?

Zablokowanie trąbki Eustachiusza (zaburzenia wyrównania ciśnienia). TAK NIE

Bóle zatok, infekcje górnych dróg oddechowych oraz przewlekłe zapalenie zatok. TAK NIE

Barotrauma (uraz ciśnieniowy) ucha. TAK NIE

Zmiany w widzeniu – postępująca krótkowzroczność i zaćma. TAK NIE

Zapalenie nerwu wzrokowego. TAK NIE

Zaburzenia konwulsyjne (Padaczka i skłonność do drgawek).	TAK	NIE
Problemy związane z insuliną	TAK	NIE
Rozedma z retencją CO2 retention.	TAK	NIE
Gorączka	TAK	NIE
Problemy dentystryczne – aerodontalgia.	TAK	NIE
Zabiegi chirurgiczne na otosklerozę.	TAK	NIE
Sferocytoza wrodzoną	TAK	NIE
Schorzenia lub przebyte operacje klatki piersiowej.	TAK	NIE
Samoistna odma opłucnowa.	TAK	NIE
Nowotwór	TAK	NIE
Infekcja wirusowa	TAK	NIE
Ciężka klaustrofobia	TAK	NIE
Ciąża.	TAK	NIE
Uraz ciśnieniowy płuc.	TAK	NIE
Implanty.	TAK	NIE
Problemy z sercem.	TAK	NIE
Angina pectoris (ból serca).	TAK	NIE
Astma lub świsty przy oddychaniu.	TAK	NIE
Krwawienie lub inne choroby krwi	TAK	NIE
Wysokie ciśnienie krwi	TAK	NIE
Choroba dekompresyjna.	TAK	NIE
Jakiegolwiek problemy z płucami	TAK	NIE
Katar sienny (częsty lub ciężki).	TAK	NIE
Nadużywanie narkotyków i alkoholu	TAK	NIE
Chirurgia naczyń w kończynach dolnych	TAK	NIE
Niewydolność serca	TAK	NIE
Wewnątrzgałkowe pęcherzyki gazu	TAK	NIE

Drożny otwór owalny (PFO) TAK NIE

Nurkowanie lub latanie TAK NIE

Padaczka, drgawki, konwulsje TAK NIE

Chirurgia klatki piersiowej. TAK NIE

Oświadczam, że zawarte informacje na temat mojego stanu zdrowia są dokładne i że w razie jakichkolwiek zmian poinformuję o tym operatora.

_____ _____
Podpis (Podpis rodzica bądź prawnego opiekuna) Data