



KLINIKA OKULISTYCZNA
JASNE BŁONIA

Klinika Okulistyczna JASNE BŁONIA Sp. z o.o.

ANGIOGRAFIA FLUORESCEINOWA

ANKIETA PRZED BADANIEM
do zwrotu w dniu badania.

W celu zachowania pełnego bezpieczeństwa pacjenta, prosimy o podanie informacji zarówno w rozmowie z lekarzem, jak i przez wypełnienie poniższej ankiety. **Proszę nieprawidłowe skreślić:**

1.	Czy miał Pan/Pani wykonywane badanie z donaczyniowym podaniem środka cieniującego (urografia, tomografia komputerowa, angiografia, koronarografia, flebografia)	TAK	NIE
2.	Jeśli tak, to czy podczas badania wystąpiły niepożądane objawy i komplikacje takie jak wysypka skórna, świąd lub pieczenie skóry, nudności lub wymioty, duszności, wstrząs lub utrata przytomności?	TAK	NIE
3.	Czy cierpi Pan/Pani na nadczynność tarczycy?	TAK	NIE
4.	Czy cierpi Pan/Pani na astmę oskrzelową?	TAK	NIE
5.	Czy cierpi Pan/Pani na alergie (uczulenie na leki, alergia pyłkowa, pokrzywka)	TAK	NIE
7.	Czy cierpi Pan/Pani na poważne schorzenia układu sercowo-naczyniowego (niewydolność krążenia, świeżo przebyty zawał serca, nasilona arytmia, ciężkie nadciśnienie tętnicze.	TAK	NIE
8.	Czy cierpi Pan/Pani z powodu wyniszczenia organizmu?	TAK	NIE
9.	Czy cierpi Pan/Pani na niewydolność nerek?	TAK	NIE
10.	Czy cierpi Pan/Pani na zaawansowaną cukrzycę?	TAK	NIE
11.	Czy cierpi Pan/Pani na cukrzycę leczoną metforminą (gluformin, metformax itp.)?	TAK	NIE
12.	Czy cierpi Pan/Pani na ciężkie zaburzenia układu oddechowego (niewydolność oddechowa, nadciśnienie płucne, zatorowość płuca)?	TAK	NIE
13.	Czy cierpi Pan/Pani na paraproteinemię (szpiczak, choroba Waldenstroema)?	TAK	NIE
14.	Czy cierpi Pan/Pani na anemię sierpowatą?	TAK	NIE
15.	Czy cierpi Pan/Pani na guz chromochłonny nadnercza (phaemochromocytoma)?	TAK	NIE
16.	Czy cierpi Pan/Pani na schorzenia leczone beta-blokerami (np. propranol, pressocard, metocard, betaloc)?	TAK	NIE

Oświadczam, że zapoznałem/am się z przekazanymi mi informacjami na temat badania, nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, w tym informacji o chorobach przewlekłych, przebiegu dotychczasowego leczenia i przyjmowanych lekach.

Miejscowość, data

Podpis Pacjenta