



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 zaznaczyć kółkiem prawidłowe odpowiedzi:

<b>1.</b>	Czy miał/a Pan/Pani wykonywane badanie z donaczyniowym podaniem środka cieniującego (urografia, tomografia komputerowa, angiografia, koronarografia, flebografia)	TAK	NIE
<b>2.</b>	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
<b>3.</b>	Czy cierpi Pan/Pani na astmę oskrzelową?	TAK	NIE
<b>4.</b>	Czy cierpi Pan/Pani na alergię (uczulenie na leki, alergia pyłkowa, pokrzywka)?	TAK	NIE
<b>5.</b>	Czy cierpi Pan/Pani na poważne schorzenia układu sercowo-naczyniowego (niewydolność krążenia, świeżo przebyty zawał serca, nasilona arytmia, ciężkie nadciśnienie tętnicze)?	TAK	NIE
<b>6.</b>	Czy cierpi Pan/Pani na niewydolność nerek?	TAK	NIE
<b>7.</b>	Czy cierpi Pan/Pani na zaawansowaną cukrzycę?	TAK	NIE
<b>8.</b>	Czy cierpi Pan/Pani na cukrzycę leczoną metforminą (gluformin, metformax itp.)?	TAK	NIE
<b>9.</b>	Czy cierpi Pan/Pani na ciężkie zaburzenia układu oddechowego (niewydolność oddechowa, nadciśnienie płucne, zatorowość płuca)?	TAK	NIE
<b>10.</b>	Na jakie inne ciężkie choroby Pan/Pani cierpi?	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