



DANE PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta:

Adres zamieszkania:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon kontaktowy pacjenta:

Imię i nazwisko opiekuna (opcjonalne):

Telefon kontaktowy opiekuna:

Dane demograficzne

Data urodzenia: Płeć: M K

Edukacja

Jakie jest najwyższe wykształcenie, jakie uzyskał pacjent?

podstawowe gimnazjalne średnie wyższe doktorat inne

Zatrudnienie

Czy pacjent jest obecnie zatrudniony?

tak proszę podać wykonywany zawód nie przebywa na emeryturze rencie

Jaki był podstawowy wykonywany zawód pacjenta w ciągu całego życia?

Zamieszkanie

Jakie jest główne miejsce zamieszkania pacjenta?

Własny dom/mieszkanie: z kim mieszka pacjent? sam z małżonkiem z dziećmi z innym opiekunem

Dom seniora Dom pomocy społecznej Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy inny



GŁÓWNE DOLEGLIWOŚCI PACJENTA

Dlaczego pacjent zgłosił się na wizytę?

- problemy z pamięcią
 obniżenie sprawności umysłowej
 zaburzenia zachowania
 zaburzenia nastroju/emocji
 zawroty głowy/ problemy z równowagą lub poruszaniem się
 inne

W którym roku po raz pierwszy wystąpiły powyższe dolegliwości będące powodem wizyty?

Czy postawiono już diagnozę neurologiczną i/lub psychiatryczną? tak nie

Jeśli tak, proszę podać diagnozę i rok

CZY PACJENT MA ROZPOZNANE INNE CHOROBY LUB DOLEGLIWOŚCI?

Choroby układu krążenia

- | | |
|--|---|
| Nadciśnienie tętnicze <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | Migotanie przedsionków <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| Omdlenia/niskie ciśnienie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | Sztuczne zastawki serca <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| Ch.wieńcowa/zawał serca <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | Stymulator serca <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| Wysoki cholesterol <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | Niewydolność serca <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| Cukrzyca <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | Udar niedokrwienny <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| Zatorowość płucna lub zakrzepica żył głębokich <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | Udar krwotoczny/wylew <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |

Choroby układu nerwowego i psychiatryczne

- | | |
|---|--|
| Choroba Parkinsona <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | Bezsenność <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| Padaczka <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | Bezdech senny <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| Poważny uraz głowy/ wstrząśnienie mózgu <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | Depresja, stany lękowe lub zaburzenia nastroju <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| Miażdżycy tętnic szyjnych <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | Inne choroby psychiczne <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| Zawroty głowy/upadki <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | |

Czy w rodzinie pacjenta występowały choroby neurologiczne lub psychiatryczne np. choroba Alzheimera, choroba Parkinsona?
 tak jakie nie



Inne choroby internistyczne/onkologiczne

Choroby tarczycy tak nie

Nietrzymanie moczu tak nie

Jaskra tak nie

Choroba nowotworowa tak nie

Jaka i kiedy wykryta?

Marskość wątroby tak nie

Niewydolność nerek tak nie

Niedosłuch tak nie

Czy pacjent ma metalowe implanty ortopedyczne, sztuczne zastawki serca, klipsy naczyniowe, odłamki metalu w ciele?

tak jakie nie

DIETA I UŻYWKI

Czy dieta pacjenta zmieniła się w ciągu ostatnich 3 miesięcy? tak nie

Jeśli tak, to na czym polega zmiana?

Czy pacjent schudł lub przytył w ciągu ostatnich 6 miesięcy? tak nie

Jeśli tak o ile kilogramów:

Czy pacjent pije alkohol? tak nie

Jeśli tak, to ile i jak często?

Czy pacjent obecnie pali papierosy? tak nie

Jeśli tak, to jak długo i ile dziennie?

POBYTY SZPITALNE, STOSOWANE LEKI I WYKONANE BADANIA MÓZGU

Czy pacjent miał w ostatnich 5 latach jakieś hospitalizacje i/lub operacje? tak nie

Jakie?

.....

.....

.....

.....

Czy w ciągu ostatnich dwóch lat pacjent miał wykonywane TK/MRI mózgu? tak nie

Jeśli tak, proszę przynieść płytę CD i opis badania jeśli są dostępne.



AKTUALNE LEKI I SUPLEMENTY STOSOWANE CODZIENNIE

Nazwa	Dawka	Częstotliwość	Nazwa	Dawka	Częstotliwość

LEKI STOSOWANE SPORADYCZNIE (NP. 1 RAZ W TYGODNIU)

- nasenne jakie przeciwbólowe jakie
 uspokajające jakie inne

CZY KIEDYŚ WYSTĄPIŁY UCZULENIA NA LEKI LUB KONTRAST DO BADAŃ OBRAZOWYCH?

- tak nie
 Jeśli tak to na jakie
 Na czym polegała reakcja uczuleniowa?

UWAGA!

UWAGA! Na wizytę prosimy przynieść:

- opis i kopię płyt CD z badaniami obrazowymi mózgu wykonanymi w ciągu ostatnich 2 lat
- kopię wszelkich badań laboratoryjnych wykonanych w ciągu ostatnich 6 miesięcy
- kopię kart informacyjnych z pobytów w szpitalach lub konsultacji medycznych z ostatnich lat
- listę leków które były kiedyś wypisywane na aktualne dolegliwości pacjenta przez neurologa lub psychiatrę ale nie są już przez pacjenta stosowane

Kto wypełnił ten formularz? pacjent opiekun



INFORMACJA O OPIEKUNIE

Imię i nazwisko opiekuna

Czy opiekun jest przedstawicielem ustawowym? tak nie

przedstawicielem ustawowym jest inna osoba

Związek z pacjentem rodzina znajomy opieka społeczna inne

Ile godzin spędzasz z pacjentem? godzin na dzień tydzień miesiąc

Czy czujesz, że potrzebujesz więcej pomocy w opiece nad pacjentem? tak nie

Jakiej?

Jak radzisz sobie ze stresem? dobrze niedostatecznie

Jeśli ułatwi to komunikację, napisz pytania, na które chciałbyś uzyskać odpowiedź w trakcie wizyty

.....
.....
.....
.....
.....

.....

podpis opiekuna

data /...../ /

(dd/mm/rrrr)