



011/7359-159

### Pitanja za pacijenta [ 1 ]

X odeljenje

Klinika za digestivnu hirurgiju -  
Prva hirurška klinika  
Klinički centar Srbije

- **Glavne tegobe:**

Ime i prezime: \_\_\_\_\_ Pol: \_\_\_\_\_  
Adresa stana/ulica: \_\_\_\_\_ Broj: \_\_\_\_\_  
Grad: \_\_\_\_\_ Poštanski broj: \_\_\_\_\_  
JMBG: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

- Dužina trajanja tegoba: [     ] meseci

- **Sadašnja bolesti**

---

---

---

- Da li imate bilo kakve alergije ili ste osetljivi na lekove, hranu, boje, neke tipove flastera, proizvode od lateksa i sl.?

Ukoliko imate na šta? [ ] Ne [ ] Da

Koji tip reakcije

[ ] OSIP [ ] KOPRIVNJAČA [ ] MUČNINA [ ] OTOK [ ] OTEŽANO DISANJE  
[ ] DRUGO

---

- Da li redovno uzimate lekove i ako uzimate navedite naziv leka i dnevnu dozu

[ ] Ne [ ] Da

---

---

---

- Da li uzimate Aspirin ili neke druge lekove koji produžavaju vreme krvavljenja?

[ ] Ne [ ] Da

Ukoliko uzimate, navedite koje: \_\_\_\_\_

- Da li uzimate biljne preparate, dijetske pilule, lekove bez recepta?

[ ] Ne [ ] Da

Ukoliko uzimate, navedite koje: \_\_\_\_\_

- 
- Da li ste imali problema sa krvarenjem posle vađenja zuba ili neke druge intervencije?  
[ ] Ne [ ] Da  
\_\_\_\_\_
  - Vaša visina i težina:      visina [    ] cm      težina [    ] kg
  - Da li ste u prethodnih 6 meseci imali gubitak u težini?  
[ ] Ne [ ] Da  
koliko kilograma [    ] kg
  - Da li ste do sada lečeni u bolničkim uslovima i ako jeste navedite razlog?  
[ ] Ne [ ] Da  
\_\_\_\_\_
  - Da li ste do sada imali neku operaciju i ako jeste navedite koju?  
[ ] Ne [ ] Da  
\_\_\_\_\_
  - Da li ste ikada imali problema sa anestezijom?  
Ukoliko jeste, koji? [ ] Ne [ ] Da
  - Da li je neko u Vašoj porodici imao problema sa anestezijom?  
Ukoliko jeste, koji? [ ] Ne [ ] Da
  - Da li redovno konzumirate:  
Cigarete [broj cigareta]: \_\_\_\_\_ [ ] Ne [ ] Da  
Alkohol [tip i dnevna količina]: \_\_\_\_\_ [ ] Ne [ ] Da  
Drogu [tip i dnevna količina]: \_\_\_\_\_ [ ] Ne [ ] Da
  - Da li ste HIV, hepatitis B ili C pozitivni? \_\_\_\_\_ [ ] Ne [ ] Da
  - Da li ste do sada lečeni hemoterapijom, radioterapijom ili imunoterapijom?  
[ ] Ne [ ] Da  
\_\_\_\_\_
  - Da li je moguće da ste trudni? \_\_\_\_\_ [ ] Ne [ ] Da

