**Vstupní dotazník**

Onkocentrum Zelený pruh, Medicon Services a.s., Roškotova 1717/2, Praha 4

**JMÉNO A PŘÍJMENÍ**: ……………………………………………………………………………………………………………………………

**RODNÉ ČÍSLO**: ………………………………………………………… **VÁHA** …………………… / **VÝŠKA** …………………

**KONTAKTNÍ EMAIL**: ………………………………………………………………………………………………………………………………

**ZEMĚ PŮVODU** (pokud jiná než ČR) ……………………………………………………………………………………………

**KONTAKTNÍ OSOBA, která může být informována o vašem zdravotním stavu, TELEFONÍ ČÍSLO na ní, a VÁŠ VZTAH ke kontaktní osobě:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

*Prosíme Vás o pečlivé zodpovězení následujících dotazů. Vaše odpovědi poslouží Vašemu ošetřujícímu lékaři nejen k rozhodnutí o nejoptimálnější léčbě pro Vás, ale i k doplnění eventuálních preventivních vyšetření u Vašich blízkých.*

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

1. **VYSKYTLO SE VE VAŠÍ RODINĚ ONEMOCNĚNÍ RAKOVINOU? POKUD ANO, NAPIŠTE VĚK V DOBĚ ONEMOCNĚNÍ A TYP RAKOVINY**:

|  |  |
| --- | --- |
| Matka ………………………………………………………………………… | Otec ………………………………………………………………………… |
| Babička …………………………………………………………………… | Dědeček ………………………………………………………………… |
| Sourozenci …………………………………………………………… | Další příbuzní ………………………………………………  |

1. **LÉČÍTE SE S NĚJAKOU VÁŽNĚJŠÍ CHOROBOU? POKUD ANO, ZAŠKRTNĚTE**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nemoci srdce a cév | Vysoký tlak | Cukrovka |
| Štítná žláza | Nemoci jater a ledvin | Zažívací trakt |
| Trombóza – ucpání cévy | Plicní nemoc | Nemoci nervů |
| Infekce (např.žloutenka) | Vážné úrazy |  |

Jiná onemocnění …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **UŽÍVÁTE TRVALE NĚJAKÉ LÉKY? JAKÉ?**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **MÁTE ALERGII**? ne / ano **\*)**

Na: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **KOUŘÍTE?** ne / ano **\*)** cca …………… cigaret/den
2. **PRODĚLALA JSEM TYTO OPERACE (JAKÁ A KDY):**

**Gynekologické**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Ostatní** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA**:

Začátek menstruace v …………… letech

a trvá dosud / ukončena v …………… letech **\*)**

**Porody:**

uveďte počet ……………… kojení: ne / ano **\*)** počet měsíců ……………………………

Váš věk v době porodu a pohlaví dítěte ……………………………………………………………………………

**Přerušení těhotenství** (počet):

samovolný potrat ………………………………… interrupce ………………………………

**Antikoncepce:**

uveďte typ a dobu užívání ………………………………………………………………………………………………………………

**Hormonální léky v přechodu**:

uveďte typ a dobu užívání…………………………………………………………………………………………………………………

**Gynekologické onemocnění:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **ANAMNÉZA PRS**:

Vyskytlo se u Vás již dříve onemocnění prsu? (zánět, výtok z bradavky či operace)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Podpis ……………………………………………………………… v Praze dne ………………………………………………………………