

|  |   |
|--|---|
| <b>DOM ZDRAVLJA</b><br>Primorsko-goranske županije       | <b>ZDRAVSTVENE USLUGE</b>   |
| <b>UPUTNIK</b><br><b>O ZDRAVSTVENOM STANJU PACIJENTA</b> | Oznaka: OP UPIT SIST<br>Datum: 27.02.18.<br>Izdanje: 1<br>Str.: 1/1 |

Prezime i ime: \_\_\_\_\_ OIB: \_\_\_\_\_ Datum rođenja: \_\_\_\_\_

Adresa prebivališta: \_\_\_\_\_ Kontakt tel: \_\_\_\_\_

Ovaj uputnik o obiteljskoj i osobnoj anamnezi  ispunjava pacijent ili  roditelj / skrbnik \_\_\_\_\_

**Je li tko u obitelji bolovao od sljedećih bolesti? (zaokruži)**

|                    |    |    |                     |    |    |                         |    |    |
|--------------------|----|----|---------------------|----|----|-------------------------|----|----|
| Karcinomi / tumori | DA | NE | Epilepsija          | DA | NE | Bolesti živaca i mišića | DA | NE |
| Šećerne bolesti    | DA | NE | Povišeni tlak       | DA | NE | Alkoholizam             | DA | NE |
| Duševne bolesti    | DA | NE | Moždani udar        | DA | NE | Umro mlađi od 50 godina | DA | NE |
| Srčane bolesti     | DA | NE | Bolesti krvnih žila | DA | NE | Ostale bolesti          | DA | NE |

|                             |    |    |              |                 |            |             |
|-----------------------------|----|----|--------------|-----------------|------------|-------------|
| <b>Naočale</b> (zaokružite) | DA | NE | nosim stalno | nosim povremeno | za blizinu | za daljinju |
|-----------------------------|----|----|--------------|-----------------|------------|-------------|

|                          |             |                |              |            |
|--------------------------|-------------|----------------|--------------|------------|
| <b>Sluh</b> (zaokružite) | čujem dobro | oslabljen sluh | na jedno uho | na oba uha |
|--------------------------|-------------|----------------|--------------|------------|

**ALERGIJE** (pelud, hrana, lijekovi, drugo): \_\_\_\_\_

|                               |    |    |                  |
|-------------------------------|----|----|------------------|
| <b>Osjećate li se zdravo?</b> | DA | NE | <b>Napomena:</b> |
|-------------------------------|----|----|------------------|

**Jeste li ikada bolovali od sljedećih bolesti (zaokruži):**

|                              |    |    |                      |    |    |                          |    |    |
|------------------------------|----|----|----------------------|----|----|--------------------------|----|----|
| Održavanje ravnoteže         | DA | NE | Kožne bolesti        | DA | NE | Migrene                  | DA | NE |
| Povišeni krvni tlak          | DA | NE | Giht                 | DA | NE | Gubitak svijesti         | DA | NE |
| Bolesti srca i krvnih žila   | DA | NE | Reumatoidni artritis | DA | NE | Vrtoglavice ili omaglice | DA | NE |
| Astma ili kronični bronhitis | DA | NE | Spolne bolesti       | DA | NE | Neurološki poremećaji    | DA | NE |
| Bolesti krvi (anemije)       | DA | NE | Bolesti prostate     | DA | NE | Bolesti kralježnice      | DA | NE |
| Šećerna bolest               | DA | NE | Hemoroidi            | DA | NE | Ozljeda glave            | DA | NE |
| Bolesti štitnjače            | DA | NE | Ulkus - čir          | DA | NE | Poremećaj pamćenja       | DA | NE |
| Bolesti probavog sustava     | DA | NE | Žučni kamenci        | DA | NE | Duševni poremećaji       | DA | NE |
| Bolesti bubrega              | DA | NE | Bolesti jetre        | DA | NE | Urođene bolesti          | DA | NE |
| Bubrežni kamenci             | DA | NE | Karcinomi i tumori   | DA | NE | Prijem u bolnicu         | DA | NE |

**PRIJELOMI** (ruka, noga, drugo): \_\_\_\_\_

**OPERACIJE:** \_\_\_\_\_

|                 |        |          |
|-----------------|--------|----------|
| <b>APETIT</b>   | uredan | neuredan |
| <b>MOKRENJE</b> | uredno | neuredno |
| <b>STOLICA</b>  | uredan | neuredan |

|                |    |    |           |
|----------------|----|----|-----------|
| <b>PUŠENJE</b> | DA | NE | Povremeno |
| <b>ALKOHOL</b> | DA | NE | Povremeno |
| <b>DROGA</b>   | DA | NE | Povremeno |

**SADAŠNJE TEGOBE** (npr. glavobolje, omaglice, nesvjestice, umor, klonulost, pospanost, znojenje, kašalj, teško disanje, svrbež kože, bolovi i sl.): \_\_\_\_\_

**TOČNOST I POTPUNOST PODATAKA POTVRĐUJEM POTPISOM:** \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_