



MEDIESTETIC®

## Wywiad Epidemiologiczny

Mediestic Sylwia Barczewska Cieślik

IMIĘ I NAZWISKO.....

DATA URODZENIA .....

ADRES.....

TELEFON KONTAKTOWY.....

Data wypełnienia kwestionariusza medycznego

.....

### HISTORIA MEDYCZNA PACJENTA:

Czy przebył/a Pan/i bądź jest w trakcie leczenia narządów wewnętrznych? TAK | NIE

(nerki, wątroba, tarczyca)

Jeśli tak proszę podać, jaka to choroba.....

Czy choruje Pan/i na jakąś chorobę przewlekłą? TAK | NIE

Jeśli tak, proszę podać, jakie.....

Czy jest Pani w ciąży lub karmi Pani piersią? TAK NIE TAK | NIE

Czy stosuje Pan/i jakieś leki (antybiotyki, leki zmniejszające krzepliwość typu

Aspiryna, Acarad, Polocard, Acenokumarol, Areplex, Zylt, Plavix, Alcotin

I inne leki przeciwkrzepliwe)?

TAK | NIE

Jeśli tak, proszę podać, jakie.....

Czy w przeciągu ostatnich 6 miesięcy przyjmował/a Pan/i jakieś leki regularnie? TAK | NIE

Jeśli tak, proszę podać, jakie.....

Czy obecnie Pani miesiączkuje? TAK | NIE

Czy w przeciągu ostatnich 6 miesięcy przebył/a Pan/i poważną operację lub

Wrywanie zęba?

TAK | NIE

Jeśli tak proszę podać, jaką.....

Czy kiedykolwiek miał/a Pan/i opryszczkę? TAK | NIE

Jeśli tak proszę podać, kiedy ostatnio i jak często się zdarza.....

Czy ma Pan/i trądzik lub inne aktywne schorzenie skóry? TAK | NIE

Jeśli tak, to proszę podać, jakie.....

Czy jest Pan/i chory/a na cukrzycę? TAK | NIE

vJeśli tak proszę podać, jaki typ.....

Czy ma Pan/i jakieś choroby o podłożu autoimmunologicznym?	TAK   NIE
Jeśli tak, to czy poziom przeciwciał jest zerowy lub bliski tej wartości?	TAK   NIE
Czy cierpi Pan/i na jakieś dodatkowe dolegliwości, o których powinna Pan/i poinformować lekarza?	TAK   NIE
Jeśli tak, to proszę podać, jakie.....	
Czy cierpi Pan/i na chorobę Hashimoto?	TAK   NIE
Czy korzystał/a Pan/i kiedykolwiek z usług psychiatry?	TAK   NIE
Czy cierpi Pan/i na jakieś alergie?	TAK   NIE
Jeśli tak, proszę podać, jakie.....	
Czy miał/a Pan/i kiedykolwiek wykonywane znieczulenie (stomatologiczne) przy użyciu lidokainy?	TAK   NIE
Czy wystąpiły jakieś skutki uboczne po użyciu znieczulenia?	TAK   NIE
Jeśli tak, proszę podać, jakie.....	
Czy ma Pan/i skłonność do powstawania blizn przerostowych lub/i koloidów?	TAK   NIE
Czy jest Pan/i uczulona na kwas hialuronowy?	TAK   NIE
Czy regularnie korzysta Pan/i z basenu, sauny, siłowni, aerobiku itp.	TAK   NIE
Jeśli tak proszę podać, z jakiego typu aktywności i jak często.....	
Czy planuje Pan/i wzmoczoną aktywność w ciągu najbliższych 72 h?	TAK   NIE
Czy kiedykolwiek korzystał/a Pan/i z zabiegów z zakresu medycyny estetycznej (peelingi, laseroterapia, mezoterapia)?	TAK   NIE
Jeśli tak proszę podać typ zabiegu oraz datę jego przeprowadzenia.....	
Czy kiedykolwiek poddawała się Pani zabiegom permanentnym lub wchłanianymi Wypełniaczami? TAK NIE	TAK   NIE
Jeśli tak proszę podać, jaki był to zabieg, kiedy wykonywany i przy użyciu, jakiego Preparatu .....	
Jeśli tak, to czy wystąpiły jakiegokolwiek problemy lub reakcja na te iniekcje?	TAK   NIE
Jeśli tak, jakiego typu były to problemy?.....	
Czy spożywał/a Pan(i) dziś lub wczoraj napoje alkoholowe?	TAK   NIE
Jeśli tak to proszę podać, kiedy i w jakiej ilości?	TAK   NIE