## WYWIAD DOTYCZĄCY DOTYCHCZASOWEGO PRZEBIEGU CHOROBY

……………………………………………………………………………………………………………………………………..

Imię i nazwisko Pacjenta Pesel……………………………………………………….

Waga……… wzrost…………

Papierosy: ile lat:……………………………………., dziennie………… Alkohol nałogowo: tak/nie

WYWIAD DOTYCZĄCY PRZEBIEGU CHOROBY NOWOTWOROWEJ:

RODZAJ ROZPOZNANEGO NOWOTWORU: ……………………………………………………………………………

Pierwsze dolegliwości : data wystąpienia:

1. ………………………………………………………………………………………………………………………………..
2. ………………………………………………………………………………………………………………………………….

ZABIEGI OPERACYJNE:

Rodzaj zabiegu: data zabiegu:

1. ………………………………………………………………………………………………………………………………..
2. ………………………………………………………………………………………………………………………………….
3. ………………………………………………………………………………………………………………………………….

ROZPOZNANIE MIKROSKOPOWE/HISTOLOGICZNE/PATOLOGICZNE

1. ………………………………………………………………………………………………………………………………..
2. ………………………………………………………………………………………………………………………………….

LECZENIE CHEMIOTERAPIĄ:

Rodzaj chemioterapii data leczenia:

1. ………………………………………………………………………………………………………………………………...
2. ………………………………………………………………………………………………………………………………….

LECZENIE RADIOTERAPIĄ

Rodzaj radioterapii data leczenia:

1. ………………………………………………………………………………………………………………………………
2. ……………………………………………………………………………………………………………………………...
3. ………………………………………………………………………………………………………………………………

INNE CHOROBY:

* CHOROBY SERCA ( ZAWAŁY SERCA/ZABURZENIA RYTMU SERCA) TAK/NIE
	+ LECZENIE: DATA
* NADCIŚNIENIE TĘTNICZE TAK/NIE
	+ LECZENIE: DATA
* CUKRZYCA TAK/NIE
* CHOROBA WRZODOWA TAK/NIE
* CHOROBY ZAKAŹNE:
	+ GRUŹLICA TAK/NIE
	+ ZAPALENIE WĄTROBY TAK/NIE
	+ HIV TAK/NIE
* UCZULENIA
	+ LEKI TAK/NIE
	+ ………………………………………………………………………………………………………………..
* CHOROBY TARCZYCY TAK/NIE
* INNE PRZEWLEKŁE CHOROBY TAK/NIE

…………………………………………………………………………………………………………………………………...

NOWOTWORY W RODZINIE: ………………………………………………………………………………………………………...

PRZEBYTE INNE ZABIEGI OPERACYJNE TAK/NIE

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

AKTUALNE DOLEGLIWOŚCI: od kiedy

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

AKTUALNIE PRZYJMOWANE LEKI:

Nazwa leku dawka od kiedy

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Podpis pacjenta pesel imię i nazwisko data