



**Zgłaszane dolegliwości i dotychczasowy przebieg choroby:**

<b>Wywiad rodzinny:</b>	<b>Matka</b> Zawód ..... wykształcenie ..... zdrowa, chora .....
	<b>Ojciec</b> Zawód ..... wykształcenie ..... zdrowy, chory .....
<b>Choroby społeczne:</b>	Nowotwory, zawały, nadciśnienie, udary, cukrzyca, TBC, choroby zakaźne, inne choroby .....
	Alkoholizm, nikotyzmizm, choroby psychiczne, narkomania .....
<b>Rodzeństwo:</b>	Brat ..... Siostra .....
<b>Wywiad okołoporodowy:</b>	C ..... P ..... Prawidłowy, o czasie Hbd ..... przedwczesny, Hbd .....
	Cięcie cesarskie Hbd ..... Z powodu .....
	Waga ..... Długość ..... Skala Apgar: 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, pkt .....
<b>Bilans „O” - P</b>	O ..... N .....
<b>Szczepienia:</b>	wg kalendarza szczepień; indywidualny .....
<b>Karmiony:</b>	piersią ....., mieszane ..... sztucznie .....
<b>Alergie:</b>	.....

<b>Przebyte choroby:</b>	Nie chorował
	Zakaźne: ospa wietrzna, świnka, różyczka, skarlatyna, mononukleoz .....
	Przeziębienia: rzadkie, sporadyczne, częste
	Zapalenia oskrzeli
	Zapalenia płuc
	Podgłośniowe zapalenia krtani
	Biegunki
	Zapalenia skóry: alergiczne, wirusowe, ropne
	Inne schorzenia
	Urazy/wypadki
	Pobyty w szpitalu/zabiegi operacyjne

<b>Warunki rodzinne:</b>	dobre; średnie; złe .....	<b>Podpis lekarza</b>
<b>Warunki mieszkaniowe:</b>	dobre; średnie; złe .....	

Wywiad epidemiologiczny dotyczący pacjenta w okresie 6 miesięcy przed przyjęciem do szpitala		
Czy chorował na wirusowe zapalenie wątroby, żółtaczkę	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak _____ Data
Czy miał kontakt z chorym na wirusowe zapalenie wątroby	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak _____ Data
Czy był szczepiony przeciwko WZW B, ile dawek, kiedy	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak _____ Data _____ Dawek _____ Data I dawki
Czy korzystał z leczenia w placówkach medycznych	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak _____ Data

Czy korzystał z gabinetów:

Zabiegowych	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak	_____ Data
Endoskopowych	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak	_____ Data
Okulistycznych	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak	_____ Data
Ginekologicznych	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak	_____ Data
Stomatologicznych	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak	_____ Data

Czy korzystał z usług:

Fryzjerskich	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak	_____ Data
Kosmetycznych	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak	_____ Data
Paramedycznych np. akupunktura	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak	_____ Data

Data..... Godzina ..... Podpis pielęgniarki ..... Podpis pacjenta .....

Obserwacje lekarskie

Data	Opis

Konsultacje lekarskie

Data	Opis

Pacjent(ka) wypisany(a) w dniu .....

Lekarz oddziałowy:

Ordynator: