Terapia marihuaną medyczną

KWESTIONARIUSZ WYWIADU DLA PACJENTA

MEDICOVER

Imię i nazwisko:..... Data urodzenia:.....PESEL*:.....
Miejscowość.....data.....

W pytaniach zamkniętych staw znak „X" w we właściwym polu. Wypełniony kwestionariusz przynieś ze sobą na wizytę lekarską.

1. **Zaznacz płeć:**
   ☐ K ☐ M
2. **Czy jesteś obecnie w ciąży lub karmisz piersią?**
   ☐ Tak ☐ Nie
3. **Czy palisz papierosy?**
   ☐ Tak ☐ Nie
4. **Czy regularnie spożywasz alkohol?**
   ☐ Tak ☐ Nie
5. **Czy występują u Ciebie inne uzależnienia?**
   ☐ Tak (jakie?) .....
   ☐ Nie
6. **Wpisz Twoje aktualne dolegliwości**
   Choroba podstawowa: .....
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....
   Choroby współistniejące:.....
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....
7. **Wymień choroby, które występowały w Twojej najbliższej rodzinie (rodzice/rodzeństwo)**
   .....
   .....
   .....
8. **Od kiedy występują Twoje dolegliwości?**
   ☐ krócej niż 1 miesiąc
   ☐ od 1 do 6 miesięcy
   ☐ dłużej niż 6 miesięcy
   ☐ dłużej niż 1 rok
   ☐ dłużej niż 5 lat
   ☐ dłużej niż 10 lat
9. **Jak często utrzymują się Twoje dolegliwości?**
   ☐ prawie codziennie
   ☐ co tydzień
   ☐ sporadycznie
10. **Czy Twoje dolegliwości mają charakter stały?**
    ☐ tak, utrzymują się one cały czas
    ☐ nie, mają charakter napadowy, po których następują okresy remisji
11. **Określ, w skali od 1 do 10, jakie jest nasilenie Twoich dolegliwości (1 - łagodne; 10 - ciężkie)?**
    .....
12. **Wymień leki i suplementy diety, które, obecnie przyjmujesz:**

Nazwa leku lub suplementu diety	Dawka	Lek przyjmuję regularnie (*wpisz „X" przy właściwej porze dnia, możesz zaznaczyć więcej niż jedna opcję*)				Lek przyjmuję tylko doraźnie (*zaznacz „X" jeżeli dotyczy*)
		Rano	W południe	Wieczorem	W nocy	

.....
(*data i podpis Pacjenta*)

*W przypadku osób nie posiadających numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.