

Centrum Medyczne Ostrołęka

dr Piotr Pierzyński

Szanowni Państwo,

Proszę o wydrukowanie i wypełnienie załączonego poniżej formularza wizyty oraz zabranie go ze sobą na konsultację. Proszę też pamiętać o wzięciu ze sobą wszelkich istotnych wyników badań, kart informacyjnych z ew. pobytów w szpitalu, opisów USG i innych.

Dodatkowe pytania proszę kierować na adres e-mail piotr.pierzynski@cm-ostroleka.pl lub telefonicznie pod nr 797 4444 21.

Dziękuję i do zobaczenia w czasie konsultacji,

dr n. med. Piotr Pierzyński

Formularz Wizyty Lekarskiej

Rodzaj wizyty: położnicza ginekologiczna planowanie ciąży leczenie niepłodności

Uwaga – w przypadku wizyty dotyczących planowania ciąży i leczenia niepłodności – proszę o wypełnienie części dotyczących kobiety (Część I) i mężczyzny (Część II)

Część I – Dane dotyczące kobiety

Imię i nazwisko data urodzenia

Starania o ciążę nie / tak jeżeli 'tak' proszę napisać jak długo trwają starania: lat miesięcy

Uprzednie leczenie niepłodności nie / tak

Jeżeli 'tak' proszę opisać (jakie leczenie, ile cykli, kiedy):

.....

Jak często Państwo współżycie kilka razy w tygodniu / raz w tygodniu / rzadziej niż raz w tygodniu

Czy zaobserwowała Pani u siebie:

Bolesność w czasie współżycia nie / tak

Obniżone libido nie / tak

Krwawienie / plamienie po współżyciu nie / tak

Wcześniejsze ciążę nie / tak

Jeżeli 'tak', proszę o podanie:

Ile było ciąż _____ Ile było porodów _____

w tym _____ porodów naturalnych _____ cięć cesarskich

Dane dotyczące wcześniejszych porodów:

Poród I _____ Powikłania nie / tak

Poród II _____ Powikłania nie / tak

opis

opis

.....

Porody następne opis

Czy były poronienia nie / tak

Jeżeli 'tak' – proszę podać opis (kiedy, na jakim etapie ciąży, czy były jakieś powikłania)

.....

Miesiączki (w ciągu ostatnich 6 miesięcy) regularne / nieregularne średnio co dni

Krwawienia trwają zwykle dni i są: skąpe / średnie / obfite /

plamienia przed miesiączką / plamienia po miesiączce

Objawy jajeczkowania (owulacji) – przeźroczysty, ciągnący się w połowie cyklu, ból owulacyjny):

tak, w każdym cyklu / zdarzają się raz na kilka cykli / zdarzają się sporadycznie / nie zdarzają się

nie zwracałam na to wcześniej uwagi

Krwawienia między miesiączkami nie / tak

Plamienia po miesiączce nie / tak

Bolesne miesiączki nie / tak

Bóle miesiączkowe najbardziej odczuwalne są: na początku / cały czas / pod koniec krwawienia

Przebyte choroby

Przebyte poważne choroby nie / tak
Jeżeli 'tak' – proszę krótko opisać

.....
Pobyty w szpitalu nie / tak
Jeżeli 'tak' – proszę krótko opisać

.....
Operacje nie / tak
Jeżeli 'tak' – proszę krótko opisać

Uczulenia nie / tak
Jeżeli 'tak' – proszę krótko opisać

.....
Leki przyjmowane na stałe nie / tak
Jeżeli 'tak' – proszę krótko opisać

.....
Poważne choroby w bliskiej rodzinie nie / tak
Jeżeli 'tak' – proszę krótko opisać

Tryb życia

Czy pali Pani papierosy nie / tak jeżeli 'tak' - ile dziennie od ilu lat

Alkohol (butelka wina = 10 jednostek, 500 ml piwa = 2 jednostki)

okazjonalnie / 2-4 jednostek na tydz. / 4 – 10 jednostek na tydz. / powyżej 10 jednostek na tydz.

Czy Pani dieta jest zróżnicowana (zawiera owoce, warzywa, nabiał, ryby, mięso) tak / nie

Czy utrzymuje Pani stałe pory posiłków tak / nie

Ile wody / płynów wypija Pani dziennie l

Czy w Pani codziennej diecie są napoje gazowane, słodyczne, chipsy itp. tak / nie

Jaką aktywność fizyczną Pani utrzymuje:

brak / umiarkowana (np. siłownia lub pływanie 2x w tygodniu, spacer) / duża (jogging lub siłownia codziennie)

Jak może Pani określić swój stan psychiczny dobry / średni / zły

Ile godzin na dobę Pani śpi godzin

Czy ma Pani kłopoty ze snaniem nie / mam kłopoty z zaśnięciem / budzę się nad ranem

Inne ważne dane (proszę opisać):

.....
.....

Część II – Dane dotyczące mężczyzny

Imię i nazwisko

data urodzenia

Czy ma Pan dzieci z poprzednich związków lub był odpowiedzialny za ciążę z inną partnerką nie / tak

Czy miał Pan badanie nasienia nie / tak czy jego wynik był prawidłowy nie / tak

Czy obserwował Pan ostatnio u siebie:

Zaburzenia erekcji nie / tak

Bolesność w czasie stosunku nie / tak

Pieczenie w czasie oddawania moczu nie / tak

Inne problemy z oddawaniem moczu nie / tak
(wstawanie w nocy, słaby strumień moczu)

Brak wytrysku nie / tak

Mała objętość wytrysku nie / tak

Nietypowy kolor / zapach nasienia nie / tak

Bóle jąder nie / tak

Bóle podbrzusza nie / tak

Obniżenie libido nie / tak

Łatwe męczenie się nie / tak

Jeżeli na którekolwiek z powyższych pytań udzielił Pan odpowiedzi 'tak' proszę o opisanie dolegliwości / problemów

.....

Przebyte choroby

Przebyte poważne choroby nie / tak

Jeżeli 'tak' – proszę krótko opisać

.....

Pobyty w szpitalu nie / tak

Jeżeli 'tak' – proszę krótko opisać

.....

Operacje nie / tak

Jeżeli 'tak' – proszę krótko opisać

.....

Uczulenia nie / tak

Jeżeli 'tak' – proszę krótko opisać

.....

Leki przyjmowane na stałe nie / tak

Jeżeli 'tak' – proszę krótko opisać

.....

Poważne choroby w bliskiej rodzinie nie / tak

Jeżeli 'tak' – proszę krótko opisać

.....

Tryb życia

Czy pali Pan papierosy nie / tak jeżeli 'tak' - ile dziennie od ilu lat

Alkohol (butelka wina = 10 jednostek, 500 ml piwa = 2 jednostki)

okazjonalnie / 2-4 jednostek na tydz. / 4 – 10 jednostek na tydz. / powyżej 10 jednostek na tydz.

Czy Pana dieta jest zróżnicowana (zawiera owoce, warzywa, nabiał, ryby, mięso) tak / nie

Czy utrzymuje Pan stałe pory posiłków tak / nie

Czy w Pana codziennej diecie są napoje gazowane, słodyczne, chipsy itp. tak / nie

Jaką aktywność fizyczną Pan utrzymuje:

brak / umiarkowana (np. siłownia lub pływanie 2x w tygodniu, spacer) / duża (jogging lub siłownia codziennie)

Jak może Pani określić swój stan psychiczny dobry / średni / zły

Ile godzin na dobę Pani śpi godzin

Czy ma Pani kłopoty ze spaniem nie / mam kłopoty z zaśnięciem / budzę się nad ranem

Inne ważne dane (proszę opisać):

.....

.....