

DOTAZNÍK ANAMNÉZY U JATERNÍCH CHOROB

Rodinná anamnéza

Vyskytuje se ve Vaší rodině?

	NE	ANO	co konkrétně, u jakého příbuzného
geneticky podmíněná choroba (Wilsonova choroba, hemochromatóza apod.)			
žloutenka			
infekce viry žloutenky B, C (i u matky v těhotenství)			
obezita, cukrovka			

Osobní anamnéza

Prodělal/a jste v průběhu života

	NE	ANO	co konkrétně, kdy
virové infekce			
komplikace v těhotenství (příp. popište průběh těhotenství)			
operace, příp. jejich komplikace			
aplikace krve, krevních derivátů			
choroby žlučníku, slinivky břišní			
hemodialýza			

Příznaky

zakřížkujte, prosím, ty z příznaků, kterými trpíte:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> únavnost, malátnost, nevykonnost | <input type="checkbox"/> průjmy | <input type="checkbox"/> sexuální poruchy |
| <input type="checkbox"/> změna chuti k jídlu | <input type="checkbox"/> jiné změny stolice | <input type="checkbox"/> impotence |
| <input type="checkbox"/> změny hmotnosti | <input type="checkbox"/> plynatost | <input type="checkbox"/> poruchy menstruace |
| <input type="checkbox"/> nevolnost, zvracení | <input type="checkbox"/> zvětšování břicha | <input type="checkbox"/> neplodnost |
| <input type="checkbox"/> poruchy zažívání | <input type="checkbox"/> otoky | <input type="checkbox"/> snížení močení (množství) |
| <input type="checkbox"/> bolesti břicha | <input type="checkbox"/> svědění | <input type="checkbox"/> teploty |
| <input type="checkbox"/> žloutenka | <input type="checkbox"/> příznaky zvýšené krvácivosti | <input type="checkbox"/> třesavka |
| <input type="checkbox"/> změna barvy moči | <input type="checkbox"/> změny psychiky | <input type="checkbox"/> bolesti kloubů |
| <input type="checkbox"/> změna barvy stolice | <input type="checkbox"/> změny spánku | <input type="checkbox"/> svalové křeče |

Onemocnění jiných orgánů

Trpíte jiným onemocněním, jakými léky jste léčen a jak je snášíte?

Onemocnění	Užívané léky na toto onemocnění	Jejich snášenlivost
		<input type="checkbox"/> dobrá <input type="checkbox"/> špatná
		<input type="checkbox"/> dobrá <input type="checkbox"/> špatná
		<input type="checkbox"/> dobrá <input type="checkbox"/> špatná
		<input type="checkbox"/> dobrá <input type="checkbox"/> špatná
		<input type="checkbox"/> dobrá <input type="checkbox"/> špatná

Alkohol

Požíváte alkoholické nápoje?

Druh alkoholu	
Množství (denně, týdně)	
Jak dlouho	
Absolvoval/a jste protialkoholní léčbu? Kdy?	

Léky

Užíváte?

	NE	ANO	co konkrétně, jak často/dlouho, v jaké dávce, způsob aplikace (tablety, injekce apod.)
léky proti bolesti			
rostlinné léky			
antikoncepci			
drogy (uvedte především způsob aplikace)			

Toxické látky

Pracujete doma nebo v práci s nějakými toxickými přípravky?

	NE	ANO	název přípravku/látky
doma			
v práci			

Cesty a pobyty v zahraničí

Jaké cesty do zahraničí jste v poslední době podnikl/a?

Navštívená země	Měsíc/rok návštěvy, délka návštěvy

Očkování

Proti čemu jste očkovan mimo běžný očkovací kalendář?

Onemocnění, proti kterému jste očkovan/a	Měsíc/rok očkování