

BIOPSJA FUZYJNA PROSTATY TRYB AMBULATORYJNY

ANKIETA DLA PACJENTA

Imię i nazwisko:..... **Data urodzenia:**.....

Dane ankiety są poufne i zostaną wykorzystane jedynie w celu bezpiecznego wykonania badania biopsji fuzyjnej. Ankiety wypełnia Pacjent lub jego prawny Opiekun.

PROSZĘ WSKAZAĆ PRAWIDŁOWĄ ODPOWIEDŹ.

1.	Czy dzisiaj rano przyjął Pan antybiotyk?	TAK	NIE
2.	Czy w ciągu ostatnich 6 mc. był Pan leczony antybiotykiem?	TAK	NIE
3.	Czy miał Pan wcześniej wykonywaną biopsję prostaty?	TAK	NIE
	Ile razy miał Pan wykonywaną biopsję prostaty?	1x	2x
	Data ostatniej biopsji.....	3x	4x
			więcej(.....)
4.	Czy Pana ojciec, stryj, brat chorowali na raka prostaty?	TAK	NIE
5.	Czy choruje/chorował Pan na zapalenie prostaty?	TAK	NIE
6.	Czy choruje Pan na nadciśnienie tętnicze?	TAK	NIE
7.	Czy przebył Pan zawał serca, miał wszczepiane stenty do naczyń wieńcowych lub miał Pan wykonywaną operację by-passów?	TAK	NIE
8.	Czy obecnie przyjmuje Pan leki zmniejszające krzepliwość krwi (np. Acard, Polokard, Clopidogrel, Ticlo, Acenokumarol, Warfin, Pradaxa, Xarelto, lub inne ?)	TAK	NIE
9.	Czy choruje Pan na cukrzycę?	TAK	NIE
10.	Czy pali Pan papierosy?	TAK	NIE
11.	Czy jest Pan uczulony na jakieś leki? Jeżeli TAK, to na jakie:	TAK	NIE
12.	Czy przechodził Pan wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C?	TAK	NIE
13.	Czy jest Pan zaszczepiony na wirusowe zapalenie wątroby typu B?	TAK	NIE

Oświadczam, że treść ankiety jest dla mnie zrozumiała, a podane odpowiedzi są zgodne z prawdą.

Na podstawie ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U 2002 r. Nr 101 poz. 926, ze zm.) – wyrażam zgodę na przetwarzane i administrowanie moich danych osobowych przez VOXEL S.A., ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków wyłącznie w celu realizacji świadczeń medycznych, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości wykonanego świadczenia medycznego. Zostałem poinformowany/a, że mam prawo wglądu do treści swoich danych oraz do ich poprawiania.

Wypełnia Pracownik SSE
Ankieta została przyjęta i sprawdzona

.....
Data i czytelny podpis Pracownika SSE

.....
Data i podpis Pacjenta lub prawnego Opiekuna