



InviMed

Ankieta medyczna Pacjentki

Materiały poufne

Instrukcja

Prosimy o wypełnienie poniższej ankiety. Wypełnienie poniższej ankiety jest niezbędne w celu przystąpienia do procedury kwalifikacyjnej do programu leczenia niepłodności w klinice leczenia niepłodności InviMed.

Prosimy o wypełnienie wszystkich pustych miejsc w ankiecie. Jeśli któreś pytanie Pani nie dotyczy, prosimy o wpisanie ND (co w skrócie oznaczać będzie: nie dotyczy).

Prosimy o udzielenie precyzyjnych odpowiedzi, szczególnie w przypadku opisywania problemów medycznych oraz określania dat.

Wypełnioną ankietę należy przynieść ze sobą na pierwszą wizytę do kliniki InviMed (jeśli wypełnia ją Pani w domu).

Jeśli ma Pani dodatkowe pytania, prosimy o kontakt telefoniczny lub mailowy: e-mail: invimed@invimed.pl, telefon +48 500 900 888.

Dziękujemy za wypełnienie ankiety oraz wywiadu medycznego.

Female patient's medical questionnaire

Confidential materials

Instruction

Please fill in the following questionnaire. The filling-in of the following questionnaire is necessary to proceed with the qualification procedure for the programme of infertility treatment at the InviMed infertility treatment clinic.

Please fill in all the empty spaces in the questionnaire. If any question does not apply to you, please enter N/A (which will mean: not applicable).

Please give as accurate answers as possible, in particular when you describe medical problems and specify the dates.

When you fill in this questionnaire, you should bring it with you to the first appointment at the InviMed (if you fill it in at home).

If you have any questions, please contact us by telephone or via e-mail: e-mail: invimed@invimed.pl, telephone +48 500 900 888.

Thank you for filling-in the questionnaire and medical interview.

Ankieta/ Questionnaire

Dane osobowe/ Personal data

Imię/ First name Nazwisko/ Last name

Drugie imię/ Middle name

Numer PESEL/ Personal identification number [.....]

Data urodzenia/ Date of birth [.....] Miejsce urodzenia/ Place of birth

Rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości/ Type, series and number of identity document
(dowód osobisty/ paszport/ personal identification card/ passport)

Obywatelstwo/ Citizenship

Imię i nazwisko pacjentki/ First and last name of the patient

Kontakt/ Contact details (do uzupełnienia podczas wizyty w klinice/ to be completed during your appointment at the clinic)

Preferowany sposób kontaktu z Koordynatorem opieki medycznej/ Preferred method of contact with the medical care coordinator

telefon/ telephone TAK/ YES NIE/ NO e-mail TAK/ YES NIE/ NO

Telefon rano/ Telephone number morning: wieczorem/ evening:

numer telefonu komórkowego/ mobile telephone number: inny numer/ another number:

Czy możemy zostawić wiadomość?/ Can we leave a message? TAK/ YES NIE/ NO

Zawód/ Occupation

Czy występują szkodliwe warunki pracy?/ Do your working conditions pose a danger to health? TAK/ YES NIE/ NO

Pestycydy/ Pesticides

Leki/ Medications

Gazy/ Gases

Chemikalia/ Chemicals

Narkotyki/ Drugs

Wysokie temperatury/ High temperature

inne/ other:

Grupa krwi/ Blood type

Grupa krwi (ABO)/ Blood type (ABO) A B AB 0 Nie znam/ I don't know

Rh Rh(-) Rh(+) Nie znam/ I don't know

Rasa/ Race

afrykańska/ African

azjatycka/ Asian

biała/ Caucasian (White)

latynoska/ Latin

bliskowschodnia/ Middle Eastern

Pochodzenie etniczne/ Ethnic origin (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe/ please mark all applicable options)

polskie/ Polish

inne niż polskie/ other than Polish

nieustalone/ undetermined

bez przynależności narodowo-etnicznej/ without national-ethnic origin

gdy inne niż polskie, proszę wybrać/ when other than Polish, please select from:

śląskie/ Silesian

kaszubskie/ Cassubian

niemieckie/ German

ukraińskie/ Ukrainian

białoruskie/ Byelorussian

romskie/ Romani

rosyjskie/ Russian

amerykańskie/ American

angielskie/ English

łemkowskie/ Lemko

włoskie/ Italian

francuskie/ French

litewskie/ Lithuanian

żydowskie/ Jewish

hiszpańskie/ Spanish

wietnamskie/ Vietnamese

holenderskie/ Dutch

greckie/ Greek

ormiańskie/ Armenian

czeskie/ Czech

słowackie/ Slovak

kociwskie/ Kociewie

inne/ other

Kolor oczu/ Eye colour

niebieskie/ blue

niebieskie/zielone/ blue/green

niebieskie/szare/ blue/grey

brązowe/ brown

szare/ grey

brązowe/zielone/ brown/green

piwne/ hazel

zielone/ green

zielone/szare/ green/grey

Kolor włosów/ Hair colour

czarne/ black

blond/ blonde

brązowe/ brown

ciemny blond/ dark blonde

rude/ red

Imię i nazwisko pacjentki/ First and last name of the patient

Struktura włosów/ Hair structure

proste/ straight kręcone/ curly falowane/ wavy

Budowa ciała/ Body build

- Ektomorfik – smukła sylwetka, drobna budowa ciała oraz mały obwód kości/ Ectomorph - slender figure, slight body build and small articular circumference
- Endomorfik – masywna budowa ciała, grube kości/ Endomorph - massive body build, thick bones
- Mezomorfik – szerokie barki, wąska talia, niski poziom tkanki tłuszczowej, zarysowane mięśnie/ Mesomorph - wide shoulders, thin waist, low fat tissue level, well-defined muscles

Waga/ Weightkg

Wzrost/ Height cm

Użytki/ Stimulants

Palenie tytoniu/ Smoking

TAK/ YES

NIE/ NO

Ile lat?/ How many years?

Liczba papierosów dziennie/

Number of cigarettes per day

Inne użytki/ Other stimulants

Alkohol/ Alcohol

Narkotyki/ Drugs

Dopalacze/ Legal intoxicants

Diety/ Diets

Bez wykluczeń/ No exclusions

Z wykluczeniem/ With exclusions

Inne/ Other

Sport

Regularnie/ Regularly

Rekreacyjnie/ Recreationally

Okazjonalnie/ Occasionally

Wywiad rodzinny i środowiskowy/ Family and community interview

Rodzice, rodzeństwo, dziadkowie, krewni/
Parents, siblings, grandparents, relatives

Nowotwory/ Cancer

Cukrzyca, typ/ Diabetes, type

Wady wrodzone/ Inborn defects

Choroby genetyczne/ Genetic diseases

Choroby tarczycy/ Thyroid diseases

Wywiad medyczny/ Medical interview

Powody zgłoszenia do kliniki InviMed/ Reasons for coming to the InviMed clinic

(proszę zaznaczyć wszystkie właściwe/ please mark all applicable options)

Problemy ginekologiczne/ Gynaecological problems

TAK/ YES NIE/ NO

Problemy z zajściem w ciążę/ Problems with getting pregnant

TAK/ YES NIE/ NO

Problemy z utrzymaniem ciąży/ Problems with maintaining pregnancy

TAK/ YES NIE/ NO

Poronienia/ Miscarriages

TAK/ YES NIE/ NO

Rozpoznanie niepłodności przez lekarza/ Diagnosis of infertility by the doctor

TAK/ YES NIE/ NO

Diagnostyka płodności/ Fertility diagnostics

TAK/ YES NIE/ NO

Leczenie niepłodności – regulacja hormonalna/ Infertility treatment - hormonal regulation

TAK/ YES NIE/ NO

Leczenie niepłodności – inseminacja/ Infertility treatment - insemination

TAK/ YES NIE/ NO

Leczenie niepłodności – metoda in vitro/ Infertility treatment - in vitro method

TAK/ YES NIE/ NO

Otrzymałam skierowanie od lekarza/ I have received a referral from a doctor

TAK/ YES NIE/ NO

Imię i nazwisko pacjentki/ First and last name of the patient

- Problemy andrologiczne (męskie)/ Andrology problems (male) TAK/ YES NIE/ NO
- Diagnostyka preimplantacyjna/ Pre-implantation diagnostics TAK/ YES NIE/ NO
- Chcę być w ciąży/ I want to be pregnant TAK/ YES NIE/ NO
- Chcę skorzystać z banku nasienia/ I want to use the sperm bank TAK/ YES NIE/ NO
- Chcę być biorczynią komórek jajowych/ I want to be a beneficiary of oocyte transfer TAK/ YES NIE/ NO
- Chcę być dawczynią komórek jajowych/ I want to be an oocyte donor TAK/ YES NIE/ NO
- Mam problemy genetyczne i chcę urodzić zdrowe dziecko/ I have genetic problems and I want to give birth to a healthy child TAK/ YES NIE/ NO
- Inne (jakie?)/ Other (specify)

Z jakiej diagnostyki i leczenia chciałaby Pani skorzystać w klinice InviMed?/ What diagnostics and treatment services would you like to use at the InviMed clinic? (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe/ please mark all applicable options)

- Diagnostyka płodności/ Fertility diagnostics Program zapłodnienia pozaustrojowego/ In vitro fertilization programme
- Biorstwo zarodków/ Embryo transfer Konsultacja medyczna/ Medical consultation
- Biorstwo komórek jajowych/ Oocyte transfer Diagnostyka preimplantacyjna/ Pre-implantation diagnostics
- Inseminacja/ Insemination Biorstwo nasienia/ Sperm transfer
- Inne (jakie?)/ Other (specify)

Informacje dotyczące cyklu miesięczkowego/ Information concerning menstrual cycle

W jakim wieku miała Pani pierwszą miesiączkę?/ In what age did you have your first menstruation?

Czy miesiączkuje Pani regularnie?/ Do you have regular menstruations? TAK/ YES NIE/ NO

Proszę podać datę ostatniej miesiączki/ Please specify the date of the last menstruation:

Ile średnio dni trwa krwawienie miesięczkowe?/ How many days does the menstrual bleeding last on average?

Długość cyklu miesięczkowego (liczba dni od pierwszego dnia miesiączki do pierwszego dnia następczej miesiączki)/ Length of menstrual cycle (number of days from the first day of menstruation to the first day of the next menstruation):

średnio/ on average: najkrócej/ shortest: najdłużej/ longest:

Dolegliwości okołomiesięczkowe/

Any menstrual afflictions:

.....

.....

Bóle/ Pain:

Nie występują/ None

Miernie nasilone/ Slightly intense

Bardzo nasilone/ Highly intense

Krwawienie/ Bleeding:

Skąpe/ Sparse

Przeciętne/ Average

Obfite/ Excessive

Czy przyjmuje Pani w czasie miesiączki leki p/bólowe?/ Do you take painkillers during menstruation?

TAK/ YES NIE/ NO Nie zawsze/ Not applicable

Jeżeli tak, proszę podać nazwę leków/ If so, please state the name of the medication:

Imię i nazwisko pacjentki/ First and last name of the patient

Informacje dotyczące cyklu miesięczkowego c.d./ Information concerning menstrual cycle - continued

Jakie inne objawy towarzyszą miesięczce?/ What symptoms accompany menstruation?

Czy występują u Pani krwawienia lub plamienia międzymiesiączkowe/ Do you experience any breakthrough bleeding or spotting: TAK/ YES NIE/ NO

Czy występują plamienia przed miesiączką/ Do you experience any spotting before menstruation: TAK/ YES NIE/ NO

Przeszłość położnicza: poronienia i porody/ Obstetric history: miscarriages and births

Od kiedy stara się Pani o dziecko?/ For how long have you been trying to have a child? Miesiące/ Months Lata/ Years

Czy posiada Pani dzieci biologiczne?/ Do you have biological children? TAK/ YES NIE/ NO

Ile dzieci biologicznych Pani posiada?/ How many biological children do you have?

Czy posiada Pani dzieci biologiczne z obecnym partnerem?/ Do you have biological children with your present partner? TAK/ YES NIE/ NO

Jeżeli tak, to ile?/ If yes, how many? Rok urodzenia Pani dzieci/ Year of birth of your children:

Rok/ Year	Tydzień ciąży/ Week of pregnancy	Poronienie/ Miscarriages A - sztuczne/ artificial S - samoistne/ self-induced E - ciąża pozamaciczna/ ectopic pregnancy	Poród/ Birth F - fizjologiczny/ physiological CC - cesarskie cięcie/ Caesarean section	Przebieg, powikłania/ Course, complications

Urodzenia/ Births

dziecko zdrowe/ healthy child Ile?/ How many? dziecko chore/ sick child Ile?/ How many?

dziecko martwe/ still birth Ile?/ How many?

Historia leczenia niepłodności/ Infertility treatment history

Ocena drożności jajowodów/ Fallopian tube passability evaluation Histeroskopia/ Hysteroscopy

Laparoscopia/ Laparoscopy

Proszę podać datę i miejsce pierwszej wizyty związanej z niepłodnością/ Please specify the date and place of the first appointment connected with infertility:

data/ date miejsce/ place

Imię i nazwisko pacjentki/ First and last name of the patient

Monitorowanie cyklu/ Cycle monitoring

Rok/ Year Ile cykli/ How many cycles Wynik/ Result

Dokumentacja/ Documentation TAK/ YES NIE/ NO

Rok/ Year Ile cykli/ How many cycles Wynik/ Result

Dokumentacja/ Documentation TAK/ YES NIE/ NO

Rok/ Year Ile cykli/ How many cycles Wynik/ Result

Dokumentacja/ Documentation TAK/ YES NIE/ NO

Przebyte procedury inseminacji/ Past insemination procedures

Rok/ Year Cykl stymulowany?/ Stimulated cycle? Wynik/ Result

Dokumentacja/ Documentation TAK/ YES NIE/ NO

Rok/ Year Cykl stymulowany?/ Stimulated cycle? Wynik/ Result

Dokumentacja/ Documentation TAK/ YES NIE/ NO

Rok/ Year Cykl stymulowany?/ Stimulated cycle? Wynik/ Result

Dokumentacja/ Documentation TAK/ YES NIE/ NO

Przebyte procedury IVF/ Past IVF procedures

Rok/ Year Rodzaj protokołu/ Protocol type Leki refundowane?/ Reimbursed medications?

Wynik/ Result Dokumentacja/ Documentation TAK/ YES NIE/ NO

Rok/ Year Rodzaj protokołu/ Protocol type Leki refundowane?/ Reimbursed medications?

Wynik/ Result Dokumentacja/ Documentation TAK/ YES NIE/ NO

Rok/ Year Rodzaj protokołu/ Protocol type Leki refundowane?/ Reimbursed medications?

Wynik/ Result Dokumentacja/ Documentation TAK/ YES NIE/ NO

Proszę podać liczbę transferów zarodków/ Please specify the number of embryo transfers

Informacja dotycząca stosowanej antykoncepcji/ Information concerning the applied contraception

Rodzaj/ Type	Tak/ Yes	Nie/ No	Kiedy/ When
Doustne leki antykoncepcyjne/ Oral contraceptives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wkładka domaciczna (IUD)/ Intrauterine device (IUD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prezerwatywa/ Condom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diafragma/ Diaphragm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pianka/ żel/ Foam/ gel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Środki plemnikobójcze/ Spermicides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kapturki dopochwowe/ Cervical cap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stosunek przerywany/ Rejected sexual intercourse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abstynencja seksualna/ Sexual abstinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kalendarzyk małżeński/ Fertility calendar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Podwiązanie jajowodów/ Tubal ligation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inne metody (jakie?)/ Other methods (specify)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Imię i nazwisko pacjentki/ First and last name of the patient

Informacje dotyczące alergii/ uczuleń/ Information concerning allergies/ sensitizations

Czy jest Pani uczulona (na leki, pokarm, środki chemiczne, inne)?/ Are you allergic (to drugs, food, chemical agents, other)?

TAK/ YES NIE/ NO

Proszę wymienić substancje, na które jest Pani uczulona i podać od kiedy (rok)/ Please list the substances you are allergic to and state since when (year)

Nazwa substancji, leku, pokarmu, na który jest Pani uczulona/ Name of substance, medication, food to which you are allergic	Od kiedy (rok)/ Since when (year)

Proszę wymienić leki, które **obecnie** Pani przyjmuje (na receptę, bez recepty, witaminy, suplementy diety, zioła, aspiryna, leki p/bólowe, leki na zaparcie, środki na odchudzanie itp.)/ Please specify medications which you **currently** take (prescription medications, non-prescription medications, vitamins, dietary supplements, herbs, aspirin, painkillers, anti-constipation medications, slimming pills, etc.)

Nazwa leku/ preparatu/ Name of medication/ preparation	Wskazania/ Indications	Dawkowanie/ Dosage	Kiedy rozpoczęła Pani przyjmowanie leku?/ When did you start taking the medication?

Jakie leki/ preparaty przyjmowała Pani **w ciągu ostatnich 12 miesięcy**?/ What medications/ preparations have you taken **during the past 12 months**?

Leki/ preparat/ Medications/ preparations	Wskazania/ Indications	Dawkowanie/ Dosage	Daty/ Dates
			do/ until
			do/ until
			do/ until
			do/ until

Imię i nazwisko pacjentki/ First and last name of the patient

Informacje dotyczące wyników badań/ Information concerning test results

Cytologia/ Cytology

Nie podaje/ Not provided Kiedy/ When: Wynik/ Result:

Zabiegi na szyjce macicy (rodzaj/rok)/ Cervical procedures (type/year)

Mammografia/ Mammography

Nie wykonano/ Not performed Ostatnie badanie (data)/ Last examination (date)

Prawidłowy/ Normal Zmiany/ Changes

USG piersi/ Breast scan

Nie wykonano/ Not performed Ostatnie badanie (data)/ Last examination (date)

Prawidłowy/ Normal Zmiany/ Changes

Imię i nazwisko pacjentki/ First and last name of the patient

Informacje dotyczące przebytych chorób/ Information about past diseases

Jednostka chorobowa/ Disease unit	Tak (od kiedy)/ Yes (since when)	Nie/ No	Nie wiem/ I don't know
Choroby autoimmunologiczne/ Autoimmunology diseases			
Choroby serca (zawał, zaburzenia rytmu, kardiomiopatie)/ Heart diseases (heart attack, arrhythmia, cardiomyopathies)			
Choroby krwi (skłonności do krwawień, siniaków, zakrzepów, zatorów)/ Blood diseases (tendency to bleed, have bruises, thrombosis, embolism)			
Małopłytkowość/ Thrombocytopenia			
Choroby płuc (astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozedma, gruźlica, pylica, zapalenie płuc)/ Lung diseases (asthma, chronic bronchitis, emphysema, tuberculosis, pneumoconiosis, pneumonia)			
Choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa, zapalenie nieswoiste, choroby zapalne jelit, zespół jelita drażliwego)/ Digestive system diseases (ulceration, inflammatory disease, inflammatory bowel diseases, irritable bowel syndrome)			
Choroby wątroby (stłuszczenie, marskość, naczyniaki)/ Liver diseases (hepatic steatosis, cirrhosis, angioma)			
Wirusowe zapalenie wątroby/ Hepatitis	<input type="checkbox"/> Typ A/ Type A <input type="checkbox"/> Typ B/ Type B <input type="checkbox"/> Typ C/ Type C	<input type="checkbox"/> Typ A/ Type A <input type="checkbox"/> Typ B/ Type B <input type="checkbox"/> Typ C/ Type C	<input type="checkbox"/> Typ A/ Type A <input type="checkbox"/> Typ B/ Type B <input type="checkbox"/> Typ C/ Type C
Inne/ Other			
Ostre/ Przewlekła/ Antygenemia Hbs/ Acute/ Chronic/ Antigenemia Hbs	<input type="checkbox"/> TAK/ YES	<input type="checkbox"/> NIE/ NO	
Choroby urologiczne (zapalenie nerek, kamica, trudności w oddawaniu moczu)/ Urological diseases (kidney inflammation, nephrolithiasis, difficulties with urination)			
Cukrzyca, typ/ Diabetes, type / dna moczanowa/ porfiria/ gout/ porphyria			
Choroby tarczycy (wole obojętne, nadczynność, choroba Hashimoto)/ Thyroid diseases (non-toxic goitre, toxic goitre, Hashimoto disease)			
Choroby gruczołów piersiowych/ Breast diseases			
Schorzenia psychiczne (depresja/ psychoza poporodowa, choroba afektywna dwubiegunowa, schizofrenia, zaburzenia lękowe, próby samobójcze, samookaleczenie, zaburzenia nerwicowe)/ Mental diseases (depression/ post-natal psychosis, bipolar affective disorder, schizophrenia, anxiety disorder, suicidal attempts, self-mutilation, nervous disorders)			
Choroby układu kostnego (choroby kręgosłupa, zmiany w stawach, osłabienie mięśni)/ Bone system diseases (spine diseases, changes in the joints, muscle weakening)			
Wada macicy/ Uterus defects			
Choroby genetyczne/ choroby genetyczne w rodzinie/ Genetic diseases/ genetic diseases in the family			
Choroby reumatyczne (RZS, toczeń rumieniowaty układowy, ZZSK, zespół Sjögrena)/ Rheumatic diseases (RA, systemic lupus erythematosus, ankylosing spondylitis, Sjogren syndrome)			
Nowotwory złośliwe/ Malignant cancer	<input type="checkbox"/> Narządów płciowych/ Of genitals <input type="checkbox"/> Przebyte/ Past <input type="checkbox"/> Leczone/ Treated <input type="checkbox"/> Inne/ Other		
Inne choroby o nieznannej etiologii/ Other diseases of unknown aetiology			
Transfuzje/ Transfusions			

MOP 2-1/1 | data aktualizacji 30.06.2016 r./ last updated 30 June 2016

Imię i nazwisko pacjentki/ First and last name of the patient

Jednostka chorobowa/ Disease unit	Tak/ Yes	Nie/ No	Nie wiem/ I don't know
Choroby wieku dziecięcego/ Children's diseases	<input type="checkbox"/> Różyczka/ Rubella <input type="checkbox"/> Świnka/ Mumps <input type="checkbox"/> Ospa/ Chickenpox <input type="checkbox"/> Odra/ Measles <input type="checkbox"/> Inne/ Other	<input type="checkbox"/> Różyczka/ Rubella <input type="checkbox"/> Świnka/ Mumps <input type="checkbox"/> Ospa/ Chickenpox <input type="checkbox"/> Odra/ Measles <input type="checkbox"/> Inne/ Other	<input type="checkbox"/> Różyczka/ Rubella <input type="checkbox"/> Świnka/ Mumps <input type="checkbox"/> Ospa/ Chickenpox <input type="checkbox"/> Odra/ Measles <input type="checkbox"/> Inne/ Other

Informacje dotyczące przebytych zabiegów/ Information concerning past procedures

Operacje/ Surgeries

Rok/ Year Rodzaj/ Type Dokumentacja/ Documentation TAK/ YES NIE/ NO

Rok/ Year Rodzaj/ Type Dokumentacja/ Documentation TAK/ YES NIE/ NO

Rok/ Year Rodzaj/ Type Dokumentacja/ Documentation TAK/ YES NIE/ NO

Pobyt w szpitalu/ Hospitalization

Rok/ Year Przyczyna/ Reason Dokumentacja/ Documentation TAK/ YES NIE/ NO

Rok/ Year Przyczyna/ Reason Dokumentacja/ Documentation TAK/ YES NIE/ NO

Rok/ Year Przyczyna/ Reason Dokumentacja/ Documentation TAK/ YES NIE/ NO

Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy/ During the past 6 months

Czy była Pani poddawana zabiegom medycznym, w czasie których dochodziło do naruszenia ciągłości tkanek (pobieranie krwi, iniekcje, kroplówki/ transfuzje, punkcje/ biopsje, szczepienia, zabiegi operacyjne) oraz czy wykonywane były badania endoskopowe (gastroskopia, rektoskopia, sigmoidoskopia, kolonoskopia, inne)?

Did you undergo medical procedures during which tissue intactness was disturbed (blood taking, injections, drips/ transfusions, punctures/ biopsies, vaccinations, surgical operations) and was any endoscopic examination performed (gastroscopy, rectoscopy, sigmoidoscopy, colonoscopy, other)

TAK/ YES NIE/ NO Jakież?/ Other

..... Data/ Date

Czy korzystała Pani z usług specjalistów: stomatologa (ekstrakcja zębów, usuwanie kamienia nazębnego, inne), okulisty (usuwanie ciała obcego, inne), laryngologa (punkcja zatok, inne), innych?/

Did you use services of specialists: dentist (tooth extraction, scaling, other), ophthalmologist (foreign body removal, other), laryngologist (sinus puncture, other), other?

TAK/ YES NIE/ NO Jakież?/ Other

..... Data/ Date

Czy była Pani poddawana zabiegom niemedycznym, w czasie których dochodziło do naruszenia ciągłości tkanek: kosmetyczka (manicure, pedicure, przekłuwanie uszu, tatuaże, zabiegi dermokosmetyczne), fryzjer (golenie/ skaleczenie brzytwą, żyłtką, inne), innym?/

Did you undergo non-medical procedure during which tissue intactness was disturbed: beautician (manicure, pedicure, ear piercing, tattoos, dermal-cosmetic procedures), hairdresser (shaving/ razor cut, other), other?

TAK/ YES NIE/ NO Jakież?/ Other

..... Data/ Date

Imię i nazwisko pacjentki/ First and last name of the patient

Inne możliwości infekcji/ Other possibilities of infection

Kontakt z HIV/ AIDS/ HCV/ HBV/ Contact with HIV/ AIDS/ HCV/ HBV

TAK/ YES NIE/ NO Jaki?/ Specify? Data/ Date

Kontakt z krwią i tkankami osób trzecich/ Contact with blood and tissues of third parties

TAK/ YES NIE/ NO Jaki?/ Specify? Data/ Date

Czy w ciągu ostatnich miesięcy zaobserwowano u Pani wzrost aminotransferaz lub kliniczne cechy uszkodzenia wątroby?/ Were you observed with the increase of aminotransferases or clinical symptoms of liver damage during the past months?

TAK/ YES NIE/ NO Jaki?/ Other? Data/ Date

Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywała Pani w krajach Afryki, Azji, Ameryki Południowej?/ Did you travel to Africa, Asia, South America during the past 6 months?

TAK/ YES NIE/ NO Gdzie?/ Where? Data/ Date

Wszystkie powyżej podane przeze mnie dane są prawdziwe zgodnie z moją najlepszą wiedzą, a ich prawdziwość potwierdzam złożonym poniżej własnoręcznym podpisem./ All of the above data provided by me is true according to my best knowledge, and their correctness is confirmed by my signature placed below.

Podpisano w (miasto)/ Signed in (city)

w siedzibie kliniki w dniu/ at the registered office of the clinic on

Czytelny podpis pacjentki/ Legible signature of the patient

Data i podpis pracownika kliniki InviMed przyjmującego ankietę oraz wywiad medyczny/ Date and signature of the employee of the InviMed clinic accepting the questionnaire and medical interview

Data, czytelny podpis/ Date, legible signature