

**ЦЕНТРАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА С ПОЛИКЛИНИКОЙ  
УПРАВЛЕНИЯ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА РФ**

ФИО \_\_\_\_\_

Дата рождения “        ” \_\_\_\_\_ 201\_\_ г

И/Б № \_\_\_\_\_

**Опросник поступающего в стационар в  
отделение оториноларингологии**

Дата: “        ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ г

**Фамилия И.О.** \_\_\_\_\_

**Возраст:** \_\_\_\_\_ лет

**Домашний адрес:** \_\_\_\_\_

**Пол:** мужской/ женский

\_\_\_\_\_

**Телефон (моб)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Телефон (дом)** \_\_\_\_\_

**Место работы** \_\_\_\_\_

1. Жалобы на сегодняшний день, послужившие причиной обращения в стационар:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Как давно Вы испытываете описанные проблемы?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Какие медикаменты вы принимали по поводу этого заболевания?

---

---

---

4. Возникали ли у Вас когда-либо следующие медицинские проблемы? (подчеркните, если да).

1. Повышение артериального давления
2. Инфаркт миокарда
3. Бронхиальная астма
4. Болезни легких
5. Язвенная болезнь желудка/12-перстной кишки
6. Ревматизм
7. Туберкулез
8. Диабет
9. Гепатит
10. Инсульт
11. Эпилепсия
12. Онкология
13. Психиатрическое заболевание, лечение психиатрическими препаратами
14. ВИЧ/СПИД
15. Проблемы со свертываемостью крови
16. Другие

---

---

---

5. Принимаете ли Вы на сегодняшний день какие-либо медикаменты? **ДА** **НЕТ**

Если да, перечислите препараты, их дозы и кратность приема:

---

---

---

6. Принимали ли Вы за последние несколько дней противосвертывающие препараты, аспирин или другие обезболивающие/противовоспалительные препараты? **ДА НЕТ**

7. Подвергались ли Вы когда-либо хирургическим вмешательствам? **ДА НЕТ**

Если да, перечислите вмешательства и примерную их дату:

---

---

---

---

8. Была у Вас аллергия на пенициллины? **ДА НЕТ**

9. Были ли у Вас когда-либо аллергическая реакция на другие медикаменты?

Если да, перечислите препараты **ДА НЕТ**

---

---

---

10. Курите ли Вы сигареты? **ДА НЕТ** Как часто? \_\_\_\_\_

11. Выпиваете ли Вы алкогольные напитки? **ДА НЕТ** Как часто? \_\_\_\_\_

12. Принимали ли Вы когда-либо наркотики? **ДА НЕТ**

13. Были ли в Вашей жизни серьезные травмы головы или лица? **ДА НЕТ**

14. Вопрос к женщинам: Беременны ли Вы в настоящий момент? **ДА НЕТ**

15. Имеется ли у Вас инвалидность? **ДА НЕТ**

16. Испытывали ли Вы в последнее время депрессию, тревогу? **ДА НЕТ**

**Подпись пациента** \_\_\_\_\_

ПРИЛОЖЕНИЕ

Дата: «    » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г

Обведите, если у Вас есть перечисленные проблемы. При отсутствии проблем, обведите «проблем нет».

<b>Глаза</b>	Зуд Слезотечение Снижение зрения Проблем нет	<b>Рот/горло</b>	Язвы Зубные проблемы Боль в горле Нарушение глотания Охриплость Проблем нет
<b>Уши</b>	Боль/отек Выделения Снижение слуха Шум в ушах Головокружение Слуховой аппарат Проблем нет	<b>Шея</b>	Боль Опухоль/отек Проблем нет
<b>Нос</b>	Заложенность Выделения Кровотечение Запах Снижение обоняния Проблем нет	<b>Урология</b>	Боль в области паха Боль при мочеиспускании Ненормальная моча Камни в почках Проблем нет
<b>Сердце</b>	Боль за грудиной Перебои Шум в сердце Инфаркт Повышение АД Проблем нет	<b>Легкие</b>	Нехватка воздуха Кашель Свистящее дыхание Ранее туберкулез Бронхит Проблем нет
<b>Пищеварительная система</b>	Тошнота/рвота Запор Диарея Отрыжка Язва Гастрит Проблем нет	<b>Нервная система</b>	Головная боль Судороги Инсульт Потеря памяти Паралич Проблем нет

*Дополнения*

---



---



---

Подпись пациента \_\_\_\_\_