

Maciej Drazkiewicz, M.D

Hematology and Oncology

Certified by the American Board of Internal Medicine

2222 W Division St  
Suite 215  
Chicago, IL 60622  
(773) 227-8807

1022 N Northwest Hwy  
Park Ridge, IL 60068  
(773) 227- 8807

3929 N Central Ave.  
Suite 1  
Chicago, IL 60634  
(773) 227-8807

Imię i Nazwisko: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Data urodzenia: \_\_\_\_\_ Alergie: \_\_\_\_\_

Lekarz rodzinny: \_\_\_\_\_

### Szczepionki

	Tak	Nie	Gdzie i kiedy
Przeciw grypie			
Przeciw zapaleniu płuc			

Substancje	Nigdy	Tak. Liczba i przez jak długo?	Jeśli nie, czy kiedykolwiek używałeś? Liczba i przez jak długo?
Papierosy			
Cigara			
Tytoń do żucia			

Alkohol	Nigdy	Tak. Ile na dzień/ miesiąc?	Jeśli nie, czy kiedykolwiek używałeś? Ile na dzień/ miesiąc?
Piwo			
Wino			
Wódka			

Narkotyki	Nigdy	Tak. Jak często?	Jeśli nie, czy kiedykolwiek używałeś? Jak często?
Marijuana			
Kokaina			
Heroina			
Tabletki przeciw bólowe			
Inne:			

	Nigdy	Tak, normalny wynik. Kiedy?	Nie prawidłowy wynik. Kiedy?
Mamogram			
Kolonoscopia			
PSA			
Prześwietlenie kości			
Cytologia			

## Historia Medyczna

Proszę zaznaczyć problem występujące obecnie i w przeszłości. W przypadku jakichkolwiek przeszłych lub obecnych chorób w rodzinie, opisz stopień pokrewieństwa z członkiem rodziny.

	Tak	Rodzina		Tak	Rodzina
Alkoholizm			Alergie/ katar sienny		
Problemy z pamięcią			Anemia		
Tętniak			Depresja		
Arytmia			Zapalenie stawów		
Astma/ sapanie			Migotanie przedsionków		
Cysty na piersi			Skrzepy		
Defekty wrodzone			Polipy		
Choroba wieńcowa			Zastoinowa niewydolność serca		
Nowotwory/ Rak			Wylewy		
Niedobór komplementów			Dializa		
Zapalenie oskrzeli			Padaczka		
Cukrzyca			Problemy z uszami/ ze słuchem		
Problemy ze skórą			Choroba serca		
Problemy z oczami/ ze wzrokiem			HIV/ AIDS		
Jaskra			Wysoki poziom cholesterolu		
Bóle głowy/ migrena			Problemy z jelitami		
Zawał			Białaczka		
Zapalenie wątroby			Toczeniec		
Wysokie ciśnienie krwi			Stwardnienie rozsiane		
Małopłytkowość idiopatyczna			Otyłość		
Choroba nerek			Osteoporoza		
Choroba wątroby			Zapalenie płuc		
Chłoniak			Problemy z prostatą		
Czerniak			Nadużucie alkoholu/ narkotyków		
Problemy mięśniowe			Choroby przenoszone drogą płciową		
Choroba Parkinsona			Gruźlica		
Zator tętnicy płucnej			Mięśniak macicy		
Anemia sierpowata					
Samobójstwo					
Zabúżenia tarczycy					
Wrzody					
Żylaki					

## Objawy—Przegląd Systemów

Należy zaznaczyć wszystkie, które występują

	Tak	Jak długo?		Tak	Jak długo?
Gorączka			Zaparcie		
Częste krwotoki z nosa			Czarny lub smołowy stolec		
Zmiana w wadze			Nadmierne krwawienie		
Zmęczenie			Nudności/ wymioty		
Zmiana apetytu			Zmiany w skórze/ swędzenie		

Spuchlizna—gdzie			Trudności w oddawaniu moczu		
Ból—gdzie			Nienormalna wydzielina z pochwy		
Kaszel			Brak pamięci		
Zadyszka			Bóle głowy		
Wrzody			Guzy		
Zawroty głowy					
Inne:					

Proszę podać datę i rodzaj przebytych zabiegów chirurgicznych: \_\_\_\_\_

Czy kiedykolwiek miałeś/aś leczenie na raka? Jeśli tak, jakie i kiedy: \_\_\_\_\_

### Historia ginekologiczna (tylko w przypadku kobiet)

Wiek, w którym dostałaś pierwszej miesiączki? \_\_\_\_\_ Jak często dostajesz miesiączki? \_\_\_\_\_

Jak długo trwają miesiączki? \_\_\_\_\_

Czy masz ciężkie, nieregularne cykle menstruacyjne? Tak \_\_\_\_\_ Nie \_\_\_\_\_

Czy masz historię bólów miedniczych? Tak \_\_\_\_\_ Nie \_\_\_\_\_

Proszę wymienić: \_\_\_\_\_ Całkowitą ilość ciąż \_\_\_\_\_ Poronienia \_\_\_\_\_ Aborcje \_\_\_\_\_

Czy korzystasz z jakichkolwiek środków kontroli urodzin? Tak \_\_\_\_\_ Nie \_\_\_\_\_

Jeśli tak, jakiego rodzaju? \_\_\_\_\_

Jeśli nie masz już miesiączek, w jakim wieku przestały występować? \_\_\_\_\_

Kiedy miałaś ostatnie badanie cytologiczne? \_\_\_\_\_

Czy kiedykolwiek wynik badania cytologicznego był nieprawidłowy? \_\_\_\_\_

Kto z Tobą mieszka w domu? \_\_\_\_\_

Czy posiadasz Testament życia (instrukcje na temat żadnej opieki medycznej na wypadek ciężkiej choroby)?

Tak  Nie

Czy posiadasz Pełnomocnictwo dotyczące opieki zdrowotnej (instrukcje na temat tego, kto ma podejmować decyzje medyczne w sytuacji, dy Ty nie będziesz mógł/mogła ich podjąć)?

Tak  Nie

Jeśli tak, kto jest upoważniony? \_\_\_\_\_

Czy ćwiczysz? \_\_\_\_\_

**Leki**

Proszę podać używane leki, zarówno na receptę jak i bez recepty, w tym dawki i częstotliwość zażywania. Proszę uwzględnić wszystkie typy leków, w tym kremy i krople do oczu.

Lek	Dawka i częstotliwość

**Informacja o aptece:**

Nazwa apteki: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Numer telefonu: \_\_\_\_\_ Numer fax: \_\_\_\_\_

Podpis pacjenta : \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Podpis lekarza: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_