

Ankieta kwalifikacyjna przed zabiegiem terapii infuzyjnej (kroplówki witaminowe i elektrolitowe)

Imię i nazwisko pacjenta:

Data urodzenia:

Data wypełnienia ankiety:

1. Dane ogólne:

- ☐ Jestem w stanie ogólnym dobrym
- ☐ Nie mam aktualnej infekcji
- ☐ Nie jestem w ciąży
- ☐ Nie karmię piersią

2. Wywiad zdrowotny:

Czy chorujesz lub chorowałeś/aś na któryś z poniższych problemów? (proszę zaznaczyć)

Choroba / stan	TAK NIE	
Choroby serca (niewydolność serca, zaburzenia rytmu)	☐	☐
Choroby nerek (przewlekła niewydolność nerek)	☐	☐
Choroby wątroby	☐	☐
Nadciśnienie tętnicze	☐	☐
Cukrzyca	☐	☐
Epilepsja / napady drgawkowe	☐	☐
Zaburzenia elektrolitowe (hiperkaliemia, hipokalcemia)	☐	☐
Choroby autoimmunologiczne	☐	☐
Alergie na leki, pokarmy lub składniki kroplówki	☐	☐
Przebyte reakcje anafilaktyczne	☐	☐
Choroby tarczycy	☐	☐
Inne poważne choroby przewlekłe	☐	☐

Leki przyjmowane na stałe:

.....

4. Wywiad alergiczny:

- Czy kiedykolwiek wystąpiła u Pana/Pani reakcja alergiczna po podaniu leku dożylnego?
☐ TAK
☐ NIE
- Czy ma Pan/Pani uczulenie na białko bydłace, składniki preparatów witaminowych lub elektrolitycznych?
☐ TAK
☐ NIE

5. Cele zgłaszanej terapii infuzyjnej (można zaznaczyć kilka):

- ☐ Leczenie tężyczki / niedoboru magnezu
- ☐ Kroplówka typu „Detox” / regeneracyjna
- ☐ Kroplówka „na odporność” / wspomagająca w infekcjach
- ☐ Kroplówka „przeciwzmęczenia” (Energy booster)
-

6. Świadoma zgoda:

- Zostałem/am poinformowany/a o charakterze zabiegu, możliwych działaniach niepożądanych i przeciwwskazaniach.
- Rozumiem, że zabieg nie zastępuje leczenia prowadzonego przez lekarza.
- Jestem świadomy/a, że pomimo zachowania wszelkich zasad bezpieczeństwa istnieje ryzyko powikłań medycznych związanych z podaniem wlewu dożylnego, w tym: reakcji alergicznych, wstrząsu anafilaktycznego, zaburzeń rytmu serca, zaburzeń elektrolitowych oraz innych działań niepożądanych.
- Wyrażam dobrowolną zgodę na przeprowadzenie terapii infuzyjnej na własną odpowiedzialność.
- Oświadczam, że nie mam znanych uczuleń na żadne ze składników wlewu, które mają być podane.

Podpis pacjenta:

Data:

☐ **Adnotacje personelu medycznego:**

.....