

.....  
Pieczęta podmiotu kierującego

.....  
Data

## KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY PACJENTA KIEROWANEGO DO ODDZIAŁU REUMATOLOGICZNEGO

PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE WNIOSKU (wypełnia lekarz kierujący)

1. Nazwisko i imię ..... 2. Data urodzenia .....

3. Adres do korespondencji .....

.....  
KOD POCZTOWY / MIEJSCOWOŚĆ / ULICA / NR DOMU / NR MIESZKANIA

4. Numer PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Telefon kontaktowy do pacjenta .....

6. Nr statystyczny choroby wg ICD-10 

			.	
--	--	--	---	--

7. Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim)

8. Choroby współistniejące i przebyte operacje:

9. Przebieg choroby, opis ew. urazu lub dysfunkcji narządu ruchu, opis przebiegu leczenia z uwzględnieniem dotychczas stosowanej rehabilitacji

10. Przyczyna skierowania do Oddziału Reumatologicznego:

**Zaostrzenie choroby podstawowej:** TAK / NIE

a) nasilenie dolegliwości bólowych: TAK / NIE

b) ocena natężenia bólu w skali od 1 do 10:.....

c) tkliwość/ bolesność stawów: NIE / TAK, jakich? .....

d) obrzęk stawów: NIE / TAK, jakich? .....

e) ograniczenie ruchomości stawów: NIE / TAK, jakich? .....

f) wzrost laboratoryjnych wykładników stanu zapalnego: NIE / TAK, jakich? Proszę podać wartości

g) wyniki innych badań laboratoryjnych, proszę podać wartości .....

h) wyniki badań obrazowych, proszę podać opis.....

**Nieskuteczność dotychczasowego leczenia:** TAK / NIE, proszę wymienić stosowane leki.....

**Powikłania dotychczasowego leczenia:** TAK / NIE, jakie?.....

18. Czy pacjent wymaga całodobowej opieki: TAK / NIE

19. Sugerowany tryb przyjęcia: STABILNY / PILNY

20. Aktualnie stosowane leki, uczulenia:

.....  
Podpis i pieczęć lekarza