**ANKIETA ZGŁOSZENIA PACJENTA**

**DO LECZENIA W ODDZIALE CHIRURGII REKONSTRUKCYJNEJ NARZĄDU RUCHU I REPLANTACJI**

Data zgłoszenia:………………………………………………………………………………………………………………………..………..

Imię i nazwisko pacjenta:………………………………….…………………………………………………………………………………

Data urodzenia pacjenta:………………………………………………………..…………………………………………………………..

Rozpoznanie będące przyczyną kierowania:…………………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Inne obrażenia:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Choroby współistniejące, przebyte operacje inne niż zastosowane w aktualnym procesie leczenia:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Aktualnie zażywane leki w tym antybiotyki (data od kiedy antybiotyk/i):……………………………………………
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Antybiotyk 1: ………………………………………. od……………………………………

Antybiotyk 2:………………………………………… od…………………………………..

Antybiotyk 3:………………………………………… od…………………………………..

Antybiotyki stosowane na wcześniejszym etapie leczenia………………………….…………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Data i mechanizm urazu, krótka epikryza:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Wcześniejsze operacje ( kiedy/jakie?\*)

1.Data……………… Rodzaj operacji……………………………………………………………………………………………………….…

………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………

2.Data……………… Rodzaj operacji…………………………………………………………………………………………………………

………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………

3. Data……………… Rodzaj operacji…………………………………………………………………………………………………………

………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………

4. Data……………… Rodzaj operacji…………………………………………………………………………………………………………

………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………

5. Data……………… Rodzaj operacji…………………………………………………………………………………………………………

………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………

Inne istotne informacje mogące mieć znacznie na zastosowane leczenie (np. obecność tętna na kończynach, alergie, zgoda chorego na przetaczanie krwi i jej preparatów itp.):…………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Imię i nazwisko lekarza prowadzącego:…………………………………………………………………………………..

telefon kontaktowy(optymalnie telefon komórkowy):…………………………………………………………….

mail do kontaktu (opcjonalnie):………………………………………………………………………………………………

**PROSZĘ ZAŁACZYĆ WYNIKI WCZEŚNIEJ WYKONANYCH KONSULTACJI, ZDJĘCIA Z DNIA URAZU (JEŚLI SĄ DOSTĘPNE I BYŁY WYKONANE) ORAZ ZDJĘCIA WYKONYWANE W TRAKCIE OPATRUNKÓW. POZA TYM PROSZĘ ZAŁĄCZYĆ ZDJĘCIA RTG ORAZ INNE BADANIA KTÓRE BYŁY WYKONYWANE, A KTÓRE POZOWOLĄ WSTĘPNIE OCENIĆ STAN MIEJSCOWY I MOŻLIWOŚCI LECZENIA**.

**SKAN ANKIETY I ZDJĘCIA RTG ORAZ ZDJĘCIA STANU KLINICZNEGO PRZOSZE PRZESŁAĆ NA ADRES MAILOWY:**

**P.MALETA@5WSZK.COM.PL**

\*) jeśli były to tylko operacje oczyszczania, wymiany opatrunku, można wpisać w jednym z punktów i wpisać tylko daty tych operacji