

Zaznacz krzyżykiem właściwą odpowiedź:

Czy rozpoznano u Pana(i) istotne choroby: Serca, płuc, nerek, zaburzenia krzepnięcia krwi, itp., jeśli TAK, proszę wymienić:	TAK	NIE
Czy choruje Pan(i) na cukrzycę: Jeśli TAK: typ....., od ilu lat.....	TAK	NIE
Czy stosuje Pan(i) insulinę? Jeśli TAK: od ilu lat.....	TAK	NIE
Czy pali Pan(i) papierosy: Jeśli TAK: od ilu lat..... ile sztuk dziennie.....	TAK	NIE
Czy w przeszłości palił(a) Pan(i) papierosy: Jeśli TAK: ile lat..... ile sztuk dziennie od ilu lat nie pali.....	TAK	NIE
Czy w ciągu ostatnich 5 lat przyjmował(a) Pan(i) przewlekle (co najmniej przez 3 miesiące):		
- kwas acetylosalicylowy (Acard, Aspiryna)	TAK	NIE
- jeden z leków: (Polprazol, Controloc, Omeprazol, Lanzul, Helicid, Omar, Gasec, Ortanol):	TAK	NIE
U kobiet: Czy stosuje (stosowała) Pani hormonalną terapię zastępczą?	TAK (ile lat.....)	NIE

Przebyte operacje brzuszne:.....

Uwagi:.....

.....

Pacjent KWALIFIKUJE SIĘ/ NIE KWALIFIKUJE SIĘ do badania kolonoskopii.

.....
pieczętka + podpis lekarza kierującego