DOCRATES
CANCER CENTER

Форма предварительной информации

Просим Вас заполнить данную форму перед первой консультацией в клинике Дократес. Данная информация необходима для планирования обследования и лечения, а также для их проведения.

Фамилия и имя			
Дата рождения			
Адрес			
Почтовый индекс		**Город**	
Телефон (дом.)		**Моб.телефон**	
E-mail			
Профессия			
Ближайший родственник			
Телефон родственника		**E-mail родственника**	

Информация о курении необходима, потому что курение влияет на действие медицинских препаратов, их содержание в крови, а также на эффективность некоторых из них.		
Вы курите?	☐ нет ☐ да	Количество (например, пачек/день)?
В каком году или возрасте начали курить?		В каком году или возрасте бросили курить?
Употребление алкоголя		☐ не употребляю ☐ в среднем ____ в неделю
Вакцинации/прививки (особенно если отсутствует)		
В каком году была сделана прививка от столбняка (тетанус)?		

Раковые заболевания среди близких родственников (дети, сестра/братья, родители, бабушки/дедушки)	**Вид ракового заболевания родственника и возраст, в котором оно было диагностировано**	
Принимаемые медикаменты и дозировки (продолжите на обратной стороне, если необходимо)	**Название препарата и действующее вещество**	**Доза и срок применения**
Аллергии (в частности на медикаменты)		
Принимаемые витамины, природные и минеральные добавки		
Для женщин: годы начала и завершения менструаций, количество беременностей и годы родов		
Применение оральных контрацептивов и/или гормональных препаратов	☐ не применяю ☐применяю с : _____ года	

Docrates Sairaala • Saukonpaadenranta 2, 00180 Helsinki • Puhelin 010 773 2000 • Fax 010 773 2099
sairaala@docrates.com • www.docrates.com • Y-tunnus 2050681-8

(ПРОДОЛЖЕНИЕ ПЕРВОЙ СТРАНИЦЫ)

Гормональные препараты (при менопаузе)	☐ в настоящее время ☐ применяю с:_____ г.
Рост	**Вес**

Страдаете ли Вы в настоящее время или были ли у Вас ранее следующие заболевания? (отметить имеющиеся крестиком)

☐ паралич, _____
☐ заболевания нервной системы, _____
☐ заболевания кожи, _____
☐ заболевания легких,_____
☐ заболевание щитовидной железы, _____
☐ ушные заболевания или проблемы со слухом, _____
☐ тромбоз, тромбоэмболия легких
☐ заболевания желудка или кишечника, _____
☐ заболевания печени, поджелудочной железы, _____
☐ заболевания почек, _____
☐ неврологические заболевания_____
☐ ревматоидные артрит или другое ревматическое заболевание, _____
☐ злокачественное образование, рак _____
☐ психические расстройства, _____
☐ глазные заболевания, _____
☐ диабет
☐ сердечные заболевания, _____
☐ заболевания опорно-двигательного аппарата, _____
☐ частые головные боли, мигрень
☐ гипертония
☐ склонность к кровотечениям
☐ заболевание мочеиспускательной системы, _____
☐ другое заболевание, _____

Выберете правильный ответы на касающиеся Вас вопросы (отметить крестиком)

Нет	Да	
☐	☐	Есть ли у Вас (или были ранее) инфекционные заболевания крови или другие инфекционные заболевания (ВИЧ, гепатит, MRSA (стафилококк)? Какие?_____
☐	☐	Были ли Вы в другой больнице в Финляндии или заграницей в течение последних 6 месяцев?
☐	☐	Работали ли Вы в больнице/клинике? Где и когда?_____
☐	☐	Брали ли у Вас анализ на MRSA? Где и когда?_____

Подпись

Helsinki _____ / _____ / 20_____

_____ _____
Подпись (за несовершеннолетнего подписывает родитель) Фамилия и имя