



Ιατρική
Ορθοπαιδική
Ομάδα
ΝΔ Ελλάδος

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ _____

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

<input type="checkbox"/> Πονοκέφαλοι	<input type="checkbox"/> Δυσκολία Αναπνοής	<input type="checkbox"/> Κοιλιακό Άλγος	<input type="checkbox"/> Νευρικότητα
<input type="checkbox"/> Θολή Όραση	<input type="checkbox"/> Πόνος στον Θώρακα	<input type="checkbox"/> Διαταραχές εντέρου	<input type="checkbox"/> Κατάθλιψη
<input type="checkbox"/> Βούισμα στα αυτιά	<input type="checkbox"/> Καρδιακοί παλμοί	<input type="checkbox"/> Ακράτεια	<input type="checkbox"/> Εξανθήματα
<input type="checkbox"/> Πονόλαιμος	<input type="checkbox"/> Ζαλάδα	<input type="checkbox"/> Συχνές Μολύνσεις	<input type="checkbox"/> Πρήξιμο Αδένων
<input type="checkbox"/> Βήχας	<input type="checkbox"/> Πυρετός	<input type="checkbox"/> Πόνος στις αρθρώσεις / Πρήξιμο	<input type="checkbox"/> Κόπωση
<input type="checkbox"/> Κάψιμο στο στομάχι	<input type="checkbox"/> Νυχτερινό ύδρωμα	<input type="checkbox"/> Μούδιασμα / Φαγούρα	<input type="checkbox"/> Απώλεια Βάρους

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

<input type="checkbox"/> Ημικρανίες	<input type="checkbox"/> Υπέρταση	<input type="checkbox"/> Ηπατίτιδα	<input type="checkbox"/> Οστεοπόρωση
<input type="checkbox"/> Γλαύκωμα	<input type="checkbox"/> Νόσος Αγγείων	<input type="checkbox"/> Σακχαρώδης Διαβήτης	<input type="checkbox"/> Οστρακιά
<input type="checkbox"/> Άσθμα	<input type="checkbox"/> Διαταραχές Πήξης	<input type="checkbox"/> Θυροειδοπάθεια	<input type="checkbox"/> Ρευματικός Πυρετός
<input type="checkbox"/> Βρογχίτιδα	<input type="checkbox"/> Δυσλειτουργία Γαστρεντερικού	<input type="checkbox"/> Νευρολογικές Διαταραχές	<input type="checkbox"/> Διαταραχές εμμένου ρήσεως
<input type="checkbox"/> Πνευμονία	<input type="checkbox"/> Αναιμία	<input type="checkbox"/> Σπασμοί	<input type="checkbox"/> Αφροδισιακά Νοσήματα
<input type="checkbox"/> Καρδιακές Αρρυθμίες	<input type="checkbox"/> Έλκος	<input type="checkbox"/> Αρθρίτιδα	<input type="checkbox"/> Καρκίνος
<input type="checkbox"/> Εγκεφαλικό επεισόδιο	<input type="checkbox"/> Χολολιθίαση	<input type="checkbox"/> Ουρική Αρθρίτιδα	<input type="checkbox"/> Καρδιακό επεισόδιο

ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΚΑΘΕ ΑΛΛΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑ ΠΟΥ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ



ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ / ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

ΑΙΤΙΑ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

	ΠΑΤΕΡΑΣ	ΜΗΤΕΡΑ	ΠΑΠΠΟΥΔΕΣ	ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ	
Καρδιακή νόσος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Καρδιακή νόσος
Εγκεφαλικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Εγκεφαλικό
Καρκίνος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Καρκίνος
Γλαύκωμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Γλαύκωμα
Διαβήτης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Διαβήτης
Επιληψία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Επιληψία
Διαταραχές πηκτικότητας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Διαταραχές πηκτικότητας
Νεφροπάθεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Νεφροπάθεια
Θυρεοειδοπάθεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Θυρεοειδοπάθεια
Ρευματοειδής αρθρίτιδα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ρευματοειδής αρθρίτιδα
Οστεοαρθρίτιδα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Οστεοαρθρίτιδα
Οστεοπόρωση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Οστεοπόρωση
Ουρική αρθρίτιδα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ουρική αρθρίτιδα
Ψυχική ασθένεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ψυχική ασθένεια

ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

- ΚΑΠΝΙΣΜΑ** Καθημερινή ποσότητα: _____ Πόσο καιρό: _____
- ΑΛΚΟΟΛ** Είδος: _____ Καθημερινή ποσότητα: _____
- ΑΣΚΗΣΗ**



Ιατρική
Ορθοπαιδική
Ομάδα
ΝΔ Ελλάδος

ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ:

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΣΥΧΝΕΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΑΓΩΓΕΣ

ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ ΣΕ ΦΑΡΜΑΚΑ
