

Прашалник за прибирање информации за анамнеза - возрасен

(молиме да се штиклира соодветното и да му се предаде на лекарот!)

Податоци за лицето вклучително го и идентификацискиот број ZAB:

Датум:

Пол: машки женски Националност: Бременост: месец
Индивидуално Склоп од семејство

-
- | | | | |
|-----|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. | Дали сте болни? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 2. | Дали земате лекови? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 3. | Дали сте вакцинирани против болести? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 4. | Дали Ви е извршен тест на кожа против туберкулоза? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 5. | Дали имате или сте имале некаква заразна болест? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| | Офтика (туберкулоза)? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| | Хепатитис? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| | ХИВ? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| | Варичела? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| | Сипаници? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| | Рубеола? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| | Дифтерија? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| | Сифилис (луес)? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| | Друга полова болест? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| | Тифус, паратифус? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| | Колера? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 6. | Дали имате болки? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 7. | Дали имате или сте имале температура во последните 6 недели? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 8. | Дали имате силна кашлица? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 9. | Дали имате гадење, повраќање? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 10. | Дали имате грчеви во стомакот или пролив? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 11. | Дали имате крв во столицата? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 12. | Дали имате болки при мокрење? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 13. | Дали имате осипи на кожата? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |

.....
Потпис

Забелешка од лекарот:

.....
Потпис на лекарот

Прашалник за прибирање информации за анамнеза - деца

(молиме да се штиклира соодветното и да му се предаде на лекарот!)

Податоци за лицето вклучително го и идентификацискиот број ZAB:

Датум:

Пол: машки женски Националност: Возраст:

-
- | | | | |
|-----|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. | Дали е болно Вашето дете? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 2. | Дали Вашето дете зема лекови? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 3. | Дали Вашето дете е вакцинирано против болести? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 4. | Дали кај Вашето дете е спроведен тест на кожа против туберкулоза? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 5. | Дали Вашето дете има или имало заразна болест? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| | Офтика (туберкулоза)? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| | Хепатитис? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| | ХИВ? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| | Варичела? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| | Сипаници? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| | Рубеола? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| | Дифтерија? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 6. | Дали Вашето дете има болки? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 7. | Дали Вашето дете има температура? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 8. | Дали Вашето дете има силна кашлица? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 9. | Дали Вашето дете има гадење, повраќање? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 10. | Дали Вашето дете има грчеви во стомакот или пролив? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 11. | Дали Вашето дете има осипи на кожата? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |

.....
Потпис

Забелешка од лекарот:

.....
Потпис на лекарот