

Анкета здоровья пользователя для прохождения гипербарического лечения

Я, нижеподписавшийся, подтверждаю, что введенные данные верны. Я согласен с тем, что данные будут использоваться в соответствии с политикой конфиденциальности Spordimeditsiini SA, условия которой приведены на сайте www.sportmed.ee

Имя _____ Фамилия _____

Адрес _____ Город _____

Телефон _____ E-mail _____

Пол М Ж

Дата рождения _____

Цель этой анкеты о состоянии здоровья - выяснить, нужно ли вам пройти медицинское обследование перед гипербарическим лечением.

Пожалуйста, ответьте на приведенные ниже вопросы ДА или НЕТ. Если вы ответили на один или несколько утвердительно, то должны проконсультироваться с квалифицированным практикующим врачом и получить медицинское свидетельство о пригодности гипербарического лечения перед посещением лечения.

Есть ли у вас какие-либо абсолютные противопоказания или вы в настоящее время принимаете какие-либо из перечисленных препаратов:

Недолеченный пневмоторакс	Да	Нет
Острый тяжелый бронхоспазм	Да	Нет
Невентилируемые полости в лёгких	Да	Нет
Использование препаратов: блеомицин, цисплатин, дисульфирам (антабус), доксорубицина гидрохлорид (адриамицин), мафенида ацетат (сульфамилон).	Да	Нет

Есть ли у вас относительные противопоказания?

Инфекции верхних дыхательных путей (ларингит, синусит, бронхит)	Да	Нет
Эмфизема с задержкой CO ₂	Да	Нет
Бессимптомные воздушные кисты или пузыри в легких, видимые на рентгеновском снимке грудной клетки	Да	Нет
Аллергический ринит	Да	Нет
Хронический отит	Да	Нет
Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)	Да	Нет
Операции грудной клетки	Да	Нет
Хирургические ЛОР операции / неоконченная стоматология	Да	Нет
Эпилепсия	Да	Нет
Оптический неврит	Да	Нет
Неконтролируемая гипертония	Да	Нет
Неконтролируемая высокая температура	Да	Нет
Сердечная недостаточность	Да	Нет

Кардиостимулятор	Да	Нет
Эпидуральный болевой насос	Да	Нет
Беременность	Да	Нет
Клаустрофобия	Да	Нет
Растущая опухоль	Да	Нет
Врожденный сфероцитоз	Да	Нет
Неконтролируемая и / или нестабильная астма	Да	Нет

Хотели бы вы лечить какое-либо из перечисленных показаний?

Травмы раздавливания	Да	Нет
Диабетическая язва стопы	Да	Нет
Постконтузионный синдром (ПКС) после легкой черепно-мозговой травмы	Да	Нет
Цереброваскулярный инсульт (ЦВН) - инсульт	Да	Нет
Ишемия или таяние склеры	Да	Нет
Интерстициальный цистит / синдром болезненного мочевого пузыря	Да	Нет
Аутизм (только для детей от 2 до 16 лет)	Да	Нет

Я заявляю, что предоставленная мной информация о моем состоянии здоровья является точной и, что я сообщу вышеупомянутому учреждению или оператору о любых изменениях в моем состоянии здоровья.

Подпись

Дата

Подпись родителя/опекуна

Дата