

## ANKIETA PACJENTA

Proszę odpowiedzieć na każde z pytań w tym formularzu (z (\*) nie są wymagane). Istotnym dla nas jest zdobycie jak najdokładniejszej wiedzy na temat przeszłości, historii choroby, historii reprodukcji oraz przyszłych planów i oczekiwań, aby jak najlepiej obsłużyć Pacjenta. Dane posłużą do przyszłych opracowań naukowych.

Imię i nazwisko					Imię partnerki (*)								
Wiek		Wykształcenie			Wiek		Wykształcenie						
Zawód													
Małżeństwo		1	2	3	Inne		Małżeństwo		1	2	3	Inne	
Staż związku					Czy uważasz, że to związek permanentny?					T	N		

	1	2	3	4	5	6
Wiek dziecka						
Płeć (Kobieta / Mężczyzna)						
Nasze/Moje/Jej/Adoptowane						
Mieszka ze mną (Tak/Nie)						

Chcesz mieć więcej dzieci w przyszłości? (Tak/Nie/Nie wiem) T N ?

Czy rozważyłbyś adopcję, jeżeli zdecydowałbyś się na więcej dzieci? T N

Od jak dawna rozpatrywałeś możliwość wykonania wazektomii?

Czy rozważałeś podwiązanie jajowodów jako alternatywną metodę antykoncepcji? T N

Czy brałeś pod uwagę tymczasowe metody antykoncepcji (prezerwatywy, membrany)? T N

Zaznacz Twoje bieżące metody antykoncepcji. Podkreśl inne z, których do tej pory korzystałeś :

Wstrzemięźliwość	Żadne	Prezerwatywy	Membrana	Wkładka wewnątrzmaciczna	Pigułki antykoncepcyjne	Plastry
Zastrzyki antykoncepcyjne	Inne					

Czy wazektomia koliduje z Twoim wyznaniem wiary? T N

Czy Ty, albo Twoja Partnerka macie jakiegokolwiek problemy seksualne, albo obawy? T N

Czy wybierasz wazektomię z powodu choroby genetycznej? T N

ze względu na Twoje zdrowie T N

ze względu na zdrowie Twojej żony T N

Jak oceniasz swój obecny stan zdrowia? (Dobry / Średni / Kiepski) D Ś K

Czy przechodziłeś chorobę umysłową, lub depresję? (\*) T N

Czy uważasz, że jesteś bardziej wrażliwy na ból niż przeciętny człowiek? T N

Czy masz skłonności do omdleń? T N

Czy Ty lub ktoś z Twojej rodziny ma skłonności do krwawień lub zaburzeń? T N

Czy miałeś chorobę nerek lub zaburzenia czynności nerek? T N

Czy miałeś zapalenie gruczołu krokowego, zapalenie najądrza, rzeżączkę, chłamydie, wirusowe zapalenie wątroby lub AIDS? T N

Czy kiedykolwiek miałeś przepuślinę, zakażenie, nowotwór, lub nieprawidłowości w mosznie lub jądrach? T N

Czy kiedykolwiek miałeś poważne obrażenia bądź operację obszaru moszny lub jąder? T N

Wymień wszystkie operacje, które miałeś

Czy masz jakiegokolwiek powikłania, nadmierny ból lub krwawienie po zabiegu? T N

Wymień wszystkie leki, które przyjmowałeś przez ostatnie dwa tygodnie

Czy przyjmowałeś aspirynę, bądź produkty ją zawierające na przestrzeni ostatnich 5 dni? T N

Wymień wszystkie alegrie na leki, lekarstwa lub znieczulenia (jeśli takowe posiadasz, jeżeli nie pozostaw puste pole)

Wymień wszystkie poważne choroby, które przechodziłeś

Data i podpis Pacjenta