VITA GLOW CLINIC

KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY

Kwalifikacja do zabiegu terapii dożylnej (wlewy witaminowe / nawadniające)

VITA GLOW CLINIC | Dokumentacja medyczna

ZAŁĄCZNIK NR 1

01 DANE PACJENTA

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

PESEL / DATA URODZENIA

NUMER TELEFONU

ADRES ZAMIESZKANIA

02 ANKIETA STANU ZDROWIA (WYWIAD MEDYCZNY)

PYTANIE MEDYCZNE / OBJAW	ODPOWIEDŹ		UWAGI
1. Czy choruje Pan/Pani na przewlekłe schorzenia ogólnoustrojowe?	○ NIE	○ TAK	
2. Czy choruje Pan/Pani na choroby układu krążenia / serca (nadciśnienie, niewydolność)?	○ NIE	○ TAK	
3. Czy zdiagnozowano u Pana/Pani przewlekłą lub ostrą niewydolność nerek?	○ NIE	○ TAK	
4. Czy występują u Pana/Pani schorzenia wątroby lub dróg żółciowych?	○ NIE	○ TAK	
5. Czy choruje Pan/Pani na cukrzycę lub inne zaburzenia metaboliczne?	○ NIE	○ TAK	
6. Czy przyjmuje Pan/Pani leki przeciwzakrzepowe lub ma zaburzenia krzepnięcia?	○ NIE	○ TAK	
7. Czy choruje Pan/Pani na fawizm (niedobór enzymu G6PD)? (Istotne przy witaminie C)	○ NIE	○ TAK	
8. Czy choruje Pan/Pani na choroby nowotworowe (obecnie lub w przeszłości)?	○ NIE	○ TAK	
9. Czy występują obecnie objawy aktywnej infekcji (gorączka, dreszcze, kaszel)?	○ NIE	○ TAK	
10. Czy przebył/a Pan/Pani w ciągu ostatnich 14 dni zabiegi operacyjne lub medyczne?	○ NIE	○ TAK	
11. Czy występują skłonności do zasłabnięć, omdleń lub lęk przed wkłuciem?	○ NIE	○ TAK	
12. (Kobiety) Czy jest Pani w ciąży, podejrzewa ciążę lub karmi piersią?	○ NIE	○ TAK	

03 ALERGIE I PRZYJMOWANE LEKI

Alergie na leki, preparaty, witaminy, środki odkażające, taśmy/plastry lub lateks:

○ Brak znanych alergii Jakie:

Wykaz stale i okresowo przyjmowanych leków, suplementów i preparatów bez recepty:

04 OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że udzieliłem/am pełnych, prawdziwych i wyczerpujących odpowiedzi na wszystkie powyższe pytania dotyczące mojego stanu zdrowia. Rozumiem, że zatajenie informacji o schorzeniach, dolegliwościach lub przyjmowanych lekach może stwarzać bezpośrednie zagrożenie dla mojego zdrowia lub życia podczas procedury dożylnej.

VITA GLOW CLINIC

ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG

Oświadczenie pacjenta na wykonanie kaniulacji żyły i wlewu dożylnego

VITA GLOW CLINIC | Dokumentacja medyczna

ZAŁĄCZNIK NR 2

Ja, niżej podpisany/a _____, PESEL: _____, po zapoznaniu się z informacją o planowanym zabiegu terapii dożylnej, niniejszym oświadczam, że:

01 INFORMACJA O PROCEDURZE I RYZYKU

1. Cel i charakter zabiegu: Zostałem/am poinformowany/a o celu podania wlewu dożylnego, jego składzie substancjalnym (witaminy, minerały, płyny elektrolitowe) oraz spodziewanych efektach terapii.

2. Przebieg procedury: Zabieg polega na kaniulacji żyły obwodowej (założeniu wenflonu) oraz dożylnej podaży przygotowanego preparatu z określoną prędkością przepływu.

3. Możliwe działania niepożądane i powikłania: Zostałem/am szczegółowo poinformowany/a o możliwości wystąpienia następujących reakcji organizmu:

Miejscowe: ból, zaczerwienienie, obrzęk, krwiak/siniak w miejscu wkłucia, zapalenie żyły obwodowej, pęknięcie naczynia;

Ogólne: reakcje alergiczne lub nadwrażliwość na składniki wlewu (w tym skrajnie rzadki wstrząs anafilaktyczny), uczucie ciepła/zimna, metaliczny smak w ustach, nudności, zawroty głowy, zmiany ciśnienia tętniczego, kołatanie serca;

Rzadkie: przeciążenie krążenia płynami, reakcje gorączkowe.

4. Prawo do odmowy i pytań: Miałem/am pełną możliwość zadawania pytań dotyczących procedury, składu preparatu oraz alternatywnych metod i uzyskałem/am na nie wyczerpujące, zrozumiałe odpowiedzi. Mam świadomość, że mam prawo wycofać zgodę w każdym momencie przed lub w trakcie trwania wlewu.

02 FORMALNE OŚWIADCZENIE ZGODY

W pełni świadomie i dobrowolnie WYRAŻAM ZGODĘ na:

- ○ Wykonanie kaniulacji żyły obwodowej (założenie wenflonu).
- ○ Podanie wlewu dożylnego o składzie: _____

Potwierdzam, że nie zataiłem/am żadnych znanych mi informacji o stanie zdrowia, które mogłyby mieć wpływ na przebieg zabiegu.

MIEJSCOWOŚĆ _____ **DATA** _____ **CZYTELNY PODPIS PACJENTA / OPIEKUNA** _____

03 WYPEŁNIA PERSONEL MEDYCZNY / KWALIFIKUJĄCY

MIEJSCE WKŁUCIA _____ **ROZMIAR KANIULI** _____ **PRĘDKOŚĆ WLEWU** _____

RR (CIŚNIENIE) _____ **TĘTNO (HR)** _____ **SATURACJA (SpO2)** _____

APLIKOWANE LEKI / PREPARATY / DAWKA _____

UWAGI / PRZEBIEG PROCEDURY / TOLERANCJA _____

PODPIS I PIECZĄTKA OSOBY WYKONUJĄCEJ _____