

HEILSUFAR NÝRAGJAFI

Spurningalisti



Vinsamlegast svaraðu eftirfarandi spurningalista. Spurningarnar eru flestar já eða nei spurningar. Ef svarað er játandi er oft þörf fyrir nákvæmari upplýsingar. Farið verður nákvæmar yfir svörin í samtali við lækni.

Dæmi

- Ertu í reglulegu eftirliti hjá lækni? Já, hjá heimilislækni vegna háþrýstings og húðsjúkdómalækni vegna bletta.
- Hefur greinst hjá þér sjúkdómur í hjarta- og æðakerfi? Já, gáttatíf greindist fyrir 10 árum. Ég er alltaf á blóðþynnandi meðferð.

Listinn verður vistaður í sjúkraskrá, þannig að ef þú vilt ekki svara ákveðinni spurningu, er í lagi að sleppa henni og ræða í staðinn efni hennar í trúnaði við lækinn.

Tengsl við nýræga

Nafn nýræga _____

Hver eru tengsl þín við nýræga?

Ég er:

- Ættingi, hvernig skyldur _____
- Maki
- Vinur
- Kunningi
- Vinnufélagi

Hversu vel þekkir þú þegann?

- Mjög vel
- Vel
- Lítillega
- Ekkert

Fjölskylduhagir og atvinna

Hver er hjúskaparstaða þín?

- Einhleyp/ur
- Gift/kvæntur/í sambúð
- Fráskilin/n
- Ekkja/ekkill
- Annað _____

Áttu börn?

- Já, fjöldi barna _____ Hvaða ár eru þau fædd? _____
- Nei

Hvaða menntun hefur þú?

- Grunnskólapróf (þar með talið landspróf, gagnfræðapróf)
- Framhaldsskólapróf (t.d. verslunarpróf, iðnskólapróf, sjúkraliðapróf)
- Stúdentspróf
- Háskólapróf
- Er í námi
- Veit ekki / kys ekki að svara
- Annað

Ertu í vinnu?

- Já, við hvað starfar þú og hvar? _____
- Nei Nei, ég er eftirlaunaþegi Nei, vegna örorku

Notkun áfengis, tóbaks og vímuefna

Reykir þú? Nei

Já, hve mikið á dag? _____ Í hve mörg ár hefur þú reykt? _____ ár

Neytir þú áfengis? Nei Já

Neytir þú annarra vímuefna? Nei Já

Hefur þú átt í vanda vegna áfengis eða vímuefnaneyslu? Nei Já

Hefur þú farið í meðferð vegna áfengis- eða vímuefnaneyslu? Nei Já

Áhættusaga (á við um síðustu 12 mánuði)

Hefur þú haft kynmök við einstakling með þekkta eða hugsanlega HIV eða lífrarbólguþýkingu?

Nei Já veit ekki

Karlmenn: Hefur þú haft kynmök við annan karlmann?

Nei Já veit ekki

Konur: Hefur þú haft kynmök við mann sem hefur haft samfarir við annan karlmann?

Nei Já veit ekki

Hefur þú haft kynmök í skiptum fyrir peninga eða vímuefni?

Nei Já veit ekki

Hefur þú haft kynmök við einstakling sem hefur fengið sprautu í æð eða vöðva án fyrirmæla læknis?

Nei Já veit ekki

Hefur þú fengið sprautu í æð eða vöðva án fyrirmæla læknis?

Nei Já veit ekki

Hefur þú verið í gæsluvarðhaldi, fangelsi eða meðferðarstofnun fyrir vímuefnaneytendur í meira en 72 klukkustundir?

Nei Já veit ekki

Hefur greinst hjá þér sárásótt (sýfilis), lekandi, klamydía eða sár á kynfærum?

Nei Já veit ekki

Ættarsaga

Hafa afar, ömmur, foreldrar, systkini eða börn þín fengið eftirtalda sjúkdóma?

Nýrnasjúkdóm? _____

Hjarta- eða æðasjúkdóm? _____

Háan blóðþrýsting? _____

Sykursýki af tegund 1 eða 2? _____

Krabbamein? _____

Arfgengan sjúkdóm? _____

Aðra sjúkdóma? _____

Veit ekki

Heilsufar

Almennt

Telur þú þig hrausta(n)? Nei Já _____

Hefur þú leitað læknis á síðustu 3 mánuðum? Nei Já, vegna _____

Átt þú við langvarandi líkamleg veikindi að glíma? Nei Já _____

Átt þú við geðheilbrigðisvandamál að glíma? Nei Já _____

Ertu í reglulegu eftirliti hjá lækni? Nei Já _____

Hefur þú farið í speglun? Nei Já _____

Hefur þú farið í skurðaðgerð? Nei Já _____

Hefur þú farið í svæfingu? Nei Já _____

Hafa komið upp vandamál í svæfingu? Nei Já _____

Hefur þú legið á sjúkrahúsi? Nei Já _____

Hefur þú blæðingatilhneigingu? Nei Já _____

Hefur hár blóðþrýstingur greinst hjá þér? Nei Já _____

Hefur sykursýki greinst hjá þér? Nei Já _____

Hefur krabbamein greinst hjá þér? Nei Já _____

Hefur nýrnasteinn greinst hjá þér? Nei Já _____

Hefur þú fengið blöðrubólgu eða sýkingu í nýra? Nei Já _____

Hefur þú haft blóð í þvagi? Nei Já _____

Hefur þú fengið tíðar eða alvarlegar sýkingar? Nei Já _____

Hefur arfgengur sjúkdómur greinst hjá þér? Nei Já _____

Hvert er þitt stærsta heilsufarsvandamál? _____

Ertu fyrirburi? Nei Já Veit ekki

Hver var fæðingarþyngd þín? _____

Hver er líkamshæð þín? _____ cm og þyngd? _____ kg

Hefur greinst hjá þér sjúkdómur í neðangreindum líffærakerfum?

Nýrum og þvagvegum	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já _____	<input type="checkbox"/> Veit ekki
Hjarta- eða æðakerfi	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já _____	<input type="checkbox"/> Veit ekki
Lungum	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já _____	<input type="checkbox"/> Veit ekki
Meltingarfærum	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já _____	<input type="checkbox"/> Veit ekki
Taugakerfi	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já _____	<input type="checkbox"/> Veit ekki
Stoðkerfi	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já _____	<input type="checkbox"/> Veit ekki
Húð	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já _____	<input type="checkbox"/> Veit ekki

Finnur þú fyrir eftirfarandi einkennum?

Þreytu	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já
Hita	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já
Verkjum	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já, hvar staðsettir? _____
Óreglulegum hjartslætti	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já
Mæði	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já
Hósta	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já
Lystarleysi	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já
Hægðatregðu eða niðurgangi	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já
Erfiðleikum með þvaglát	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já
Tíðum þvaglátum	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já
Blóði í þvagi	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já
Öðru, hverju? _____		

Meðganga og fæðing

Á ekki við

Hefur þú haft háan blóðþrýsting á meðgöngu? Nei Já

Hefur þú fengið meðgöngueitrun? Nei Já

Hefur þú fætt barn fyrir tímann? Nei Já

Ráðgerir þú barneignir? Nei Já

Lyfjanotkun og ofnæmi

Notar þú lyf sem er ávísað af lækni?

Nei

Já, hvaða? _____

Notar þú lyf sem hægt er að kaupa án lyfseðils í apóteki? Nei Já, hvaða? _____

Notar þú fæðubótarefni? Nei Já, hvaða? _____

Hefur þú ofnæmi fyrir lyfi eða einhverju öðru? _____

Annað

Er eitthvað annað sem þú vilt koma á framfæri að lokum?

Kærar þakkir

Dagsetning.....

Undirskrift.....