ΤΖΙΑΛΙΔΟΥ ΕΙΡΗΝΗ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ

Ουρογυναικολογία
Λαπαροσκοπική Χειρουργική
Υπέρηχος/Χειρουργική Μαστού
Γυναικολογική Ογκολογία

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Παρακαλούμε να απαντήσετε στις παρακάτω ερωτήσεις όσο το δυνατόν ακριβέστερα.

Τα στοιχεία σας υπόκεινται στο ιατρικό απόρρητο.

1. Προσωπικά Στοιχεία

Επώνυμο: .....Όνομα: .....

ΑΜΚΑ: ..... Ημερομηνία Γέννησης : ..... / ..... / .....

Διεύθυνση: .....

Τηλέφωνο: ..... Email: .....

Παθολόγος:.....Γυναικολόγος: .....

2. Λόγος της Επίσκεψης

[ ] Προληπτικός έλεγχος [ ] Ουρογυναικολογικός Έλεγχος [ ] Έλεγχος μαστού

[ ] 2. Γνώμη σε παθολογικό ευρήμα:

Κόλπου – Τραχήλου μήτρας - Ενδομητρίου - Ωοθήκης - Μαστού

[ ] Άλλος λόγος : .....

3. Εμμηνορροϊκός Κύκλος & Περίοδος

Πρώτη ημέρα της τελευταίας περιόδου: ..... / ..... / .....

Εμμηνόπαυση: ..... / ..... / .....

Διαταραχές κύκλου (ένταση, διάρκεια, συχνότητα): .....

4. Κυήσεις & Τοκετοί

Φυσιολογικοί τοκετοί: ..... Καισαρικές τομές: ..... Αποβολές: .....

5. Γυναικολογικές Παθήσεις & Επεμβάσεις

Έχετε ή είχατε ποτέ κάποια από τις ακόλουθες παθήσεις

[ ] Κύστες ωοθηκών [ ] Ινομυώματα [ ] Ενδομητρίωση [ ] Παθολογικό Τεστ Παπ

Έχετε κάνει χειρουργικές επεμβάσεις στη μήτρα, τις ωοθήκες ή το στήθος;

[ ] Όχι [ ] Ναι : .....

6. Οικογενειακό Ιστορικό

Υπάρχουν στην οικογένειά σας (μητέρα, γιαγιά, αδερφή) περιπτώσεις καρκίνου;

[ ] Καρκίνος του μαστού: .....

[ ] Καρκίνος των ωοθηκών /μήτρας: .....

7. Γενικό Ιστορικό & Φάρμακα

Παίρνετε τακτικά φάρμακα;

[ ] Όχι [ ] Ναι : .....

Έχετε αλλεργίες;

[ ] Όχι [ ] Ναι: .....

Καπνίζετε;

[ ] Όχι [ ] Ναι: ……τσιγάρα/ημέρα

Ημερομηνία: ..... Υπογραφή Ασθενούς: .....

Σας ευχαρτστώ!

Με εκτίμηση,

Δρ. Ειρήνη Τζιαλίδου