

 Zdravstveni dom Brežice	OBRAZEC	Številka obrazca:
	VPRAŠALNIK ZA UPORABNICE HORMONSKEGA NADOMESTNEGA ZDRAVLJENJA	OBR DŽŽ 04
		Verzija: 01 Datum: 5. 6. 2025

Ime in priimek: _____

Datum rojstva: _____ Starost: _____

RR: _____ teža: _____ višina: _____ BMI: _____

Prosimo, da pozorno preberete in odgovorite na spodnja vprašanja:

Ali jemljete zdravila:

- | | | |
|--|----|----|
| - Zaradi povišanega krvnega tlaka? | DA | NE |
| - Zaradi bolezni srca (atrijske fibrilacije, bolezni zaklopk, bolezni srčnih žil)? | DA | NE |
| - Proti strjevanju krvi? | DA | NE |
| - Druga zdravila (naštejte, katera): _____ | | |

Ali ste kdaj preboleli globoko vensko trombozo, pljučno embolijo, srčno/možgansko kap? DA NE

Ali ste kdaj imeli ugotovljeno motnjo v strjevanju krvi? DA NE

Ali imate kakšno sistemsko bolezen, ki povečuje tveganje za trombozo (rak, sistemski lupus eritematosus, srpastocelična bolezen, Chronova bolezen, ulcerozni kolitis, hemolitično uremični sindrom)? DA NE

Ali imate kakšno kronično bolezen kot npr. sladkorno bolezen, kronično ledvično bolezen, bolezni ščitnice, epilepsijo? DA NE

Ali imate migrene z avro ali hude glavobole? DA NE

Ali imate oz. ste kdaj imeli jetrno bolezen (npr. zlatenico), benigni ali maligni tumor jeter ali bolezni žolčnika? DA NE

Ali imate ali ste kdaj imeli vnetje trebušne slinavke (pankreatitis) ali visoke koncentracije maščob v krvi? DA NE

Ali ste imeli zlatenico v nosečnosti? DA NE

Ali imate ali ste preboleli raka na dojkah, maternici ali jajčnikih? DA NE

Ali ste v zadnjih dveh letih opravili mamografijo? DA NE

Ali kadite? (št. cigaret na dan: _____) DA NE

Podpisana _____ sem po pojasnilu svojega zdravnika seznanjena s tveganji in navodili glede uporabe hormonskega nadomestnega zdravljenja, pojasnilo razumem in nimam dodatnih vprašanj. Natančno bom prebrala tudi navodila za uporabo zdravila, ki ga jemljem/bom jemala in bom vsako spremembo o stanju svojega zdravja sporočila zdravniku.

Podpis zdravnika:

Podpis pacientke: