Veselības aptaujas anketa

***Pēc aizpildīšanas anketā iekļautā informācija ir konfidenciāla un NBS īpašums, pieejama tikai ārstniecības personām Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.***

**Es atļauju minēto informāciju izmantot NBS Medicīnas dienesta vajadzībām.**

**Esmu brīdināts - ja sniegšu nepatiesu vai nepilnīgu informāciju par savu veselību, NBS var izvērtēt manu rīcību un atbildību normatīvajos aktos noteiktā kārtībā.**

**Es apstiprinu, ka manas atbildes uz jautājumiem ir pareizas, pilnīgas un korektas.**

Vārds: Uzvārds:

Personas kods: Dzimums:

Dzīvesvietas adrese:

Tālrunis:

Dienesta vieta:

Dienesta pakāpe, amats:

1. Jūsu ģimenes ārsts:

Vārds, uzvārds

1. Vai Jums ir veikta veselības pārbaude pirms nosūtīšanas dienestam starptautiskajā operācijā? (Norādīt gadu, ja ir veikta)
2. Vai Jums ir bijušas**\*** šādas slimības vai to simptomi?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Slimība, simptoms* | *Jā* | *Nē* | *Slimība, simptoms* | *Jā* | *Nē* |
| Ausu, deguna vai rīkles slimības |  |  | Kustību traucējumi (paralīze u.c.) |  |  |
| Hronisks klepus, klepus naktīs,klepus ar asins piejaukumu |  |  | Biežas vai stipras galvassāpes |  |  |
| Augsta ķermeņa temperatūra ilgāk par 5 dienām |  |  | Nervu sistēmas slimību simptomi (epilepsija, krampji, bezsamaņa u.c.)  |  |  |
| Astma vai elpošanas problēmas, kas saistītas ar laika apstākļiem, ziedputekšņiem u.c. |  |  | Garīgo slimību simptomi(bailes, panikas lēkmes, depresija u.c.) |  |  |
| Tuberkulozevai dzīvojat kopā ar tuberkulozes slimnieku |  |  | Bieži vai izteikti miega traucējumi |  |  |
| Plaušu slimības (pneimonija, pleirīts, bronhīts u.c.) |  |  | Tirpšana sajūta rokās vai kājās |  |  |
| Augsta vai zema asinsspiedienaizraisītas komplikācijas |  |  | Būtiskas traumas |  |  |
| Sirds un asinsvadu slimības,sāpes sirds rajonā, sirds ritma traucējumi |  |  | Locītavu problēmas (pietūkums, sāpes, kustību traucējumi u.c.) |  |  |
| Varikozi paplašinātas vēnas |  |  | Sāpes mugurā, mugurkaula slimības |  |  |
| Zobu vai smaganu slimības |  |  | Ādas slimības |  |  |
| Bieži gremošanas traucējumi, kuņģa vai 12 pirkstu zarnas slimības |  |  | Acu slimības(t.sk. redzes ķirurģiska korekcija) |  |  |
| Aknu slimības (hepatīts, „dzeltenā kaite” u.c.)  |  |  | Paaugstināta vai pazemināta cukura līmeņa asinīs izraisītas komplikācijas  |  |  |
| Žultspūšļa slimības, žultsakmeņi |  |  | Vairogdziedzera slimības |  |  |
| Nieru slimības, nierakmeņi, urinācijas traucējumi |  |  | Alerģiskas reakcijas (uz medikamentiem, pārtiku, insektu kodieniem, vakcīnām u.c.) |  |  |
| Bruka (vēdera dobuma orgānu trūce) |  |  | Seksuāli transmisīvas slimības |  |  |
| Zarnu slimības (hemoroīdi, asiņošanas no taisnās zarnas, u.c.) |  |  | Veselības traucējumi lidojotvai “jūras slimība” |  |  |
| Būtiskas ķermeņa svara izmaiņas |  |  | Ķirurģiskas operācijas, t.sk. artroskopija |  |  |
|  |
| Ir bijusi izsniegta darba nespējas lapa |  |  | Esmu ārstējies stacionārā |  |  |

***\**** *laika periodā kopš pēdējās veselības pārbaudes NBS*

Ja esat atbildējis ar “jā”, sniedziet detalizētu paskaidrojumu par Jūsu slimības norisi un ārstēšanu:

1. Vai Jums ir kādi darbaspēju ierobežojumi?
2. Vai Jūs kādreiz ir konsultējis neirologs, psihiatrs, psihologs vai narkologs? (Norādīt konsultācijas iemeslu, gadu)
3. Vai Jūs regulāri lietojat kādas zāles? (Norādīt, kādas)
4. Vai Jums ir kaitīgi ieradumi – smēķēšana, alkohola lietošana, aizraušanās ar azartspēlēm u.c.
5. Kā Jūs novērtējat savu veselību (vajadzīgo pasvītrot): teicama, laba, apmierinoša, slikta
6. Vai Jūs pašreiz jūtaties vesels (-a)?
7. Piezīmes (cita nozīmīga informācija saistībā ar veselību):

Ar parakstu apliecinu, ka:

* NBS medicīnas dienestam ir tiesības lūgt jebkādus datus, arī sensitīvos, par manu veselību no jebkuras ārstniecības iestādes;
* esmu sniedzis patiesas un pilnīgas ziņas par savu veselību.

Datums: Paraksts: