

**ENDOBIOGENINĖS MEDICINOS**

**ASMENS SVEIKATOS ISTORIJOS KLAUSIMYNAAS**

**Paciento vardas, pavardė:**

**Gimimo data:**

* **Kokie Jūsų nusiskundimai?**
* **Kaip šios problemos buvo vertinamos ir gydytos klasikinės medicinos?**
* **Kokie tyrimai buvo atlikti?**
* **Kokia diagnozė nustatyta?**
* **Kokius gydymo būdus Jums rekomendavo ir ką išbandėte?**

**PRAEITIES SVEIKATOS ISTORIJA**

* **Svoris gimus:**
* **Ilgis/ūgis gimus:**
* **Išnešiotas?** **Jei ne, kiek dienų per anksti/vėlai?**
* **Ar gimus turėjote plaukų ant galvos?**
* **Jeigu taip, kokios spalvos?**
* **Ar nėštumo metu mamai buvo daug streso?**
* **Ar buvote maitintas krūtimi?**
* **Jeigu taip, kiek laiko?**
* **Koks buvo Jūsų temperamentas vaikystėje?**
* **Rami ar įtempta vaikystė?**
* **Ūgio augimas vaikystėje – lėtas, greitas, vidutinis?**
* **Svorio augimas vaikystėje – lėtas, greitas, vidutinis?**
* **Traumos ir/ar ligos vaikystėje?**
* **Traumos ir/ar ligos suaugusiame amžiuje?**
* **Svarbios psichologinės traumos Jūsų gyvenime?**
* **Operacijos, nėštumai (įskaitant persileidimus), kraujo perpylimai, hospitalizacijos?**
* **Medikamentai reguliariai vartoti PRAEITYJE ir vakcinacijos, atliktos suaugusiame amžiuje?**
* **Medikamentai, papildai, vaistažolės, kuriuos šiuo metu vartojate?**
* **Alergijos vaistams (apibūdinti buvusią reakciją)?**

**PAST AND PRESENT LIFESTYLES / HABITS**

* **Jūsų šeimyną sudaro?**
* **Ar vartojate alkoholį? Kaip dažnai ir kiek?**
* **Ar vartojate tabaką? Kiek laiko ir kaip dažnai?**
* **Ar vartojate psichotropines medžiagas? Kokias ir kada?**
* **Ar laikėtės dietos? Kada ir kokios?**
* **Ar sportuojate?**
* **Dabartinė darbovietė?**
* **Buvusi darbovietė (ės)?**
* **Kelionės už Lietuvos ribų?**
* **Ar Jūs vedęs/ištekėjusi?**
* **Kiek laiko?**
* **Buvusios santuokos?**
* **Ar turite vaikų?**
* **Jeigu taip, jų gimimo datos:**
* **Ar turite naminių gyvūnų? Kokių?**
* **Bendras streso lygis suaugusiame amžiuje (1 – mažai streso, 10 – labai didelis):**
* **Streso lygis šiuo metu (analogiškas vertinimas):**
* **Pagrindinės streso priežastys:**
* **Kas Jus labiausiai psichologiškai palaiko?**

**PATIKROS TESTAI Kada Jums buvo atlikti šie testai (jeigu atlikti)?**

* **Slaptas kraujas išmatose?**
* **Gimdos kaklelio vėžio testas (PAP tepinėliu, kt.)?**
* **Patikra dėl krūties vėžio (mamografija, apčiuopa)?**
* **Cholesterolio kiekis?**
* **Kiti?**

**ŠEIMOS ISTORIJA:**

* **Kokia yra Jūsų kilmė?**
* **Ar Jūsų tėvai dar gyvi?**
* **Ar Jūsų giminėje yra buvusių šių susirgimų (pažymėti):**

*Vėžys / Artritas / Depresija / Širdies ligos / Diabetas / Demencija / Insultas / Hipertenzija / Kita..….*

**ORGANIZMO SISTEMŲ APŽVALGA**

* **Ar gerai miegate naktį?**
* **Kiek vidutiniškai valandų?**
* **Ar sunku užmigti?**
* **Ar sunku prabusti?**
* **Kada prabundate naktį?**
* **Ar atsimenate savo sapnus?**
* **Ar savo sapnuose girdite garsus, pokalbius?**
* **Ar sapnuojate neįprastus sapnus, košmarus?**
* **Ar dažnai nusnūstate dienos metu?**
* **Jūsų delnai dažniausiai:** *Šilti / Šalti / Sausi / Drėgni*
* **Jūsų pėdos dažniausiai:** *Šiltos / Šaltos / Sausos / Drėgnos*
* **Jūsų apetitas yra:** *Didesnis / Mažesnis*
* **Jūsų maisto porcijos dažniausiai:** *Didesnės / Mažesnės*
* **Ką mėgstate labiau:** *Saldų / Sūrų*
* **Kiek skysčių išgeriate per dieną:** *Mažiau / Daugiau*
* **Ar atsikėlus ryte būnate alkanas (a)?**
* **Jūsų burna labiau būna:** *Sausa / Drėgna*

**SIMPTOMAI**

**Pažymėkite, kurie negalavimai Jus kamuoja: D raide pažymėkite kas kamuoja DABAR, P raide – kas kamavo PRAEITYJE)**

*nuovargis*

*dažni galvos skausmai*

*kaklo skausmas*

*dantų griežimas*

*padidėjusios tonzilės*

*užgulusi nosis*

*gerklės skausmas*

*alergija aplinkos alergenams*

*krūtinės skausmas*

*širdies permušimai*

*rėmuo*

*krūtų skausmas/išskyros*

*kosulys*

*sunkumas kvėpuojant*

*pilvo skausmas*

*apetito sutrikimai*

*pykinimas*

*vėmimas*

*pilvo pūtimas*

*viduriavimas*

*vidurių užkietėjimas*

*hemorojus*

*raumenų skausmas*

*sąnarių skausmas*

*nugaros skausmas*

*odos spalvos pokyčiai*

*sausa oda*

*odos egzema, bėrimai*

*apgamai*

*spuogai ar votys*

*plaukų slinkimas*

*padidėjęs plaukuotumas*

*lūžinėjantys nagai*

*šlapinimosi sutrikimai*

*svorio augimas ar netekimas*

*dažnos infekcijos*

*karščiavimas, prakaitavimas, drebulys*

*lengvai išsigąstate*

*lengvai susigraudinate*

*nerimas*

*depresija*

*seksualinės funkcijos sutrikimai*

*atminties sutrikimai*

*lengvai atsiranda mėlynės*

**TIK MOTERIMS**

* **Paskutinių mėnesinių data:**
* **Kada prasidėjo pirmosios mėnesinės?**
* **Laiko tarpas nuo pirmos mėnesinių dienos iki kitų mėnesinių pirmos dienos (vienas ciklas)?**
* **Kiek dienų tęsiasi kraujavimas?**
* **Ar kraujavimas būna gausus / būna krešulių?**
* **Jeigu taip, kuriomis dienomis?**
* **Skausmingumas?**
* **Kuriomis dienomis?**
* **Ar būna PMS simptomai?** **Kokie?**
* **Jei jaučiate krūtų skausmingumą / jautrumą, tai kurioje vietoje ir kiek laiko?**
* **Ar būna neįprastų makšties išskyrų?**

**PAPILDOMI KLAUSIMAI**

* **Ar paauglystėje turėjote spuogų (***Neturėjau / Nedaug / Vidutiniškai / Daug***)?**
* **Ar Jums padidėjęs odos plaukuotumas?**
* **Kuriose vietose?**
* **Ar šalinate savo plaukus? Jei taip, kokiais būdais?**
* **Kaip dažnai skutate kojas vasaros metu?**
* **Ar Jums atlikta kokia nors kosmetinė procedūra (botokso injekcija, operacija)?**

**JEI TAIKYTINA:**

* **Kokias kontraceptines priemones naudojate?**
* **Kokias kontraceptines priemones naudojote praeityje?**

**JEI TAIKYTINA (susiję su nėštumais):**

* **Ar turėjote persileidimų?**
* **Ar buvo priešlaikinis gimdymas / pernešiojimas?**
* **Ar nėštumo metu turėjote komplikacijų (aukštas kraujospūdis / padidėjęs cukraus kiekis)?**
* **Ar patyrėte stresą nėštumo metu?**
* **Gimdymo trukmė?**
* **Komplikacijos gimdymo metu?**
* **Ar žindėte savo vaikus? Jei taip, kiek laiko?**

**JEI TAIKYTINA**

* **Kada prasidėjo menopauzė?**
* **Kokie menopauzės simptomai Jums būdingi?**