

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 nusenūstate 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
krūčių skausmas/išskyros

*kosulys
sunkumas kvėpuojant
pilvo skausmas
apetito sutrikimai
pykinimas
vėmimas
pilvo pūtimas
viduriavimas
vidurių užkietėjimas
hemorojus
raumenų skausmas
sqnarių skausmas*

*nugaros skausmas
odos spalvos pokyčiai
sausą oda
odos egzema, bėrimai
apgamai
spuogai ar votys
plaukų slinkimas
padidėjęs plaukuotumas
lūžinėjantys nagai
šlapinimosi sutrikimai
svorio augimas ar netekimas
dažnos infekcijos*

*karščiavimas, prakaitavimas,
drebuly
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 išskyrių?

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?