

## «به نام خدا»

### بیمار عزیز،

با عرض سلام و تشکر از اینکه کلینیک گوش و حلق و بینی و زیبایی دکتر فیروزه ضیاء را برای عمل جراحی خود انتخاب نموده اید، لطفاً موارد زیر را به دقت مطالعه فرمایید و به سوالات پاسخ دهید؛ لازم به ذکر است که اطلاعات ذکر شده توسط شما کاملاً محرمانه بوده و فقط توسط پزشک شما مطالعه خواهند شد، این اطلاعات به سلامتی و ایمنی شما حین عمل و نتایج بعد از عمل شما مربوط می شوند؛ لذا خواهشمندیم موارد را با صداقت و دقت کامل پاسخ دهید. «متشکریم»

نام..... نام خانوادگی ..... تاریخ تولد ..... مجرد  متأهل  مطلقه  آدرس محل سکونت فعلی .....

تلفن ثابت ..... همراه ..... ساکن شهرستان غیر از رشت .....

- علت مراجعه : .....

\* مشوق شما برای عمل زیبایی چه کسی است؟ .....

\* این کلینیک را چه کسی به شما معرفی کرده است؟ .....

\* آیا والدین یا همسران با عمل شما موافقت؟ بله  خیر

\*\*\*\*\*

### - کدام یک از علایم زیر را دارید؟

سر درد  آبریزش بینی  گرفتگی بینی  درد چشم  درد صورت  تاری دید  استفاده از عینک: بله  خیر  سابقه بیماری یا جراحی چشمی: بله  خیر  ترشحات پشت حلق  سرفه طول کشیده  عطسه مکرر  کاهش بویایی  وضعیت بویایی شما چگونه است؟ خوب  متوسط  ضعیف

- سابقه بیماری داخلی: دیابت  فشارخون  ناراحتی قلبی  آسم  آلرژی شدید  تشنج  بیماری تیروئیدی  مشکل خونی یا انعقادی  بیماری روماتیسمی  بیماری پوستی  بیماری اعصاب

- سابقه جراحی: بله  خیر  نام و تاریخ جراحی قبلی .....

- سابقه ضربه یا تصادف شدید که منجر به آسیب سر و صورت شده باشد: بله  خیر   
تاریخ تقریبی تصادف .....

- سابقه بستری در بیمارستان؟ بله  خیر  علت و تاریخ بستری .....

- مصرف داروی ..... مصرف آسپرین بله  خیر

- آیا حساسیت به پنی سیلین دارید؟ بله  خیر

- اگر حساسیت به دارو یا غذای خاصی دارید بنویسید .....

- مصرف قرص آکوتان برای جوش صورت: بله  خیر

- مصرف سیگار  الکل  قلیان  مواد مخدر

توضیحات لازم: .....

- خانم ها: آیا باردار هستید؟ بله  خیر  نمی دانم  تعداد و سن فرزندان .....

\* لطفاً موارد دیگری را که پزشک شما لازم است قبل از عمل بداند بنویسید.

.....

\* چرا قصد عمل زیبایی را دارید و دوست دارید چطور بینی داشته باشید؟

.....

\*\*\*\*\*

این قسمت توسط پزشک تکمیل می شود:

- وضعیت عمومی: ..... - وضعیت پوست .....

- معاینه سپتوم: .....

- مخاط بینی: ..... شاخک ها: .....

- رادیوگرافی ها: ..... آزمایشات: .....

\*\*\*\*\*

اینجانب ..... صحت مورد فوق را تأیید می کنم. تاریخ .....

امضاء بیمار

امضاء پزشک