

## VPRAŠALNIK PRED PRVIM PREGLEDOM

Hvala, ker ste za pregled izbrali našo ambulanto za bolezni ščitnice. Potrudili se bomo, da v celoti upravičimo vaše zaupanje.

Maribor, .....

Prosimo vas, da izpolnite vprašalnik in ob prijavi oddate izvide predhodnih preiskav.

Priimek, ime, datum rojstva	Višina v cm	Teža v kg

### Razlog obravnave:

- težave, sum na ščitnično bolezen,
- naključno ugotovljena spremenjena ščitnica, brez težav,
- naključno ugotovljen patološki laboratorijski izvid, brez težav,
- kontrola znane ščitnične bolezni,
- splošno počutje (1 – 6; 1 = odlično, 6 = zelo slabo) .....

### Označite, katere težave od naštetih imate:

- občutek tujka v grlu,
- otežano požiranje,
- pritisk v vratu,
- bolečine,
- otekanje,... kje? (prosimo označite)
- nervoznost,
- nespečnost,
- notranji nemir,



- razdražljivost,
- pogosto odvajanje blata,
- razbijanje srca,
- nereden srčni utrip,
- tresenje rok,
- močnejše potenje,
- občutljivost na vročino,
- hujšanje (..... kg v zadnjem letu letu)

- utrujenost,
- brezvoljnost,
- tesnoba
- občutljivost na mraz,

- zaprtje,
- "mrtvi lasje",
- močnejše izpadanje las,
- povečanje telesne teže (.....kg v zadnjem letu).

- druge težave ...

Označite ustrezen odgovor	NE	DA
Stari starši, starši, sestre, bratje so imeli ščitnično bolezen?		
Ali ste v zadnjih 3 mesecih ste imeli RTG/CT preiskavo s kontrastom?		
Ste se že zdravili zaradi bolne ščitnice?		
Če ste odgovorili z DA, podčrtajte operacija, radioaktivni jod, medikamenti		
Ali jemljete jod, litij, amiodaron (Cordarone), zdravila za ščitnico – če ste odgovorili z DA, katera: ..... .....		

Če ste noseči, navedite teden nosečnosti: .....

Druge znane kronične bolezni: .....