|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ПРОСИМ ВАС ОТВЕТИТЬ НА ВОПРОСЫ И ПЕРЕДАТЬ АНКЕТУ ВРАЧУ ИЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЕ ОТДЕЛЕНИЯ ЭНДОСКОПИИ.** | | | | | | |
| **Дата исследования** |  | | | | | |
| **ФИО:** | | | | | | |
| **Номер амбулаторной карты** |  | | | | | |
| **Кто Вам назначил эндоскопическое исследование?** | **Хирург** | | | |  |  |
| **Гастроэнтеролог** | | | |  |  |
| **По своему желанию** | | | |  |  |
| **Устанавливался ли когда - ни будь диагноз вирусного гепатита? ВИЧ?** | | | | | **Да** | **НЕТ** |
|  |  |
| **Есть ли у Вас жалобы со стороны пищеварительной системы (если "ДА", укажите какие)?** |  | | | | | |
|
|
| **За последний месяц Вы принимали медикаменты влияющие на кислотность желудка, антибиотики, препараты железа, влияющие на вязкость крови (если "ДА", укажите какие)?** |  |  |  |  |  |  |
| **Были ли операции на органах пищеварительной системы, гинекологические, урологические, печени (если "ДА", укажите какие)?** |  |  |  |  |  |  |
| **Имеются ли съемные зубные протезы?** | | | | | **ДА** | **НЕТ** |
| **Согласны ли Вы на биопсию слизистой оболочки во время исследования, если это необходимо?** | | | | | **ДА** | **НЕТ** |