



Kartelë pacienti: Mjekësi e Përgjithshme

Formular bosh për t'u plotësuar me dorë.

Klinika

Mjeku

Data

____ / ____ / ____
dd/mm/yyyy

Të dhënat bazë

Emri

Mbiemri

Data e lindjes

____ / ____ / ____
dd/mm/yyyy

Vendlindja

Kombësia

Profesioni

Numri i telefonit

Email

Adresa

Gjinia

☐ Femër ☐ Mashkull ☐ Jobinar ☐ Preferoj të mos përgjigjem

1. Arsyeja e Vizitës

Ankesa kryesore

Historiku i sëmundjes aktuale

2. Shenjat Vitale

Matjet

Data	Tensioni (mmHg)	Pulsi (rrahje/min)	Temperatura (°C)	SpO ₂ (%)	Pesha (kg)

3. Anamneza

Hipertension? ☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni: _____

Diabet? ☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni: _____

Sëmundje kardiake? ☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni: _____

Sëmundje respiratore (astma, BPOK)? ☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni: _____

Sëmundje tiroide? ☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni: _____

Alergji? ☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni: _____

Shtatzënë apo ushqeni me gji? ☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni: _____

Duhanpirja

☐ Kurrë ☐ Ish-duhanpirës ☐ Aktual

Historiku familjar

Operacione dhe shtrime të mëparshme

4. Medikamentet

Terapia aktuale

Medikamenti	Doza	Frekuenca	Filluar më

5. Ekzaminimi dhe Plani

Ekzaminimi objektiv

Diagnoza

Plani i trajtimit

Analiza dhe referime

6. Pëlqimi

Pëlqimi i informuar

- 1. Jam informuar në mënyrë të kuptueshme për diagnozën time, qëllimin e trajtimit të propozuar, procedurat që mund të kryhen, alternativat e arsyeshme, përfitimet e pritshme, kufizimet dhe rreziqet e mundshme.
- 2. Jam informuar se rezultati i trajtimit nuk mund të garantohet në mënyrë absolute dhe se mund të nevojiten procedura, kontrolle ose trajtime shtesë në varësi të situatës klinike.
- 3. Kam pasur mundësinë të bëj pyetje dhe deklaroj se përgjigjet e marra kanë qenë të mjaftueshme për vendimmarrjen time.
- 4. Autorizoj mjekun dhe stafin klinik të kryejnë trajtimin e rënë dakord dhe procedurat ndihmëse që janë klinikisht të nevojshme, brenda kufijve të planit të diskutuar me mua.
- 5. Jam informuar se kam të drejtë ta refuzoj trajtimin ose ta tërheq këtë pëlqim në çdo kohë. Tërheqja nuk prek procedurat e kryera përpara saj.

Nënshkrimi i Pacientit ose Përfaqësuesit Ligjor

Nënshkrimi i Mjekut

Data e Nënshkrimit:

Data e Nënshkrimit:

Nënshkrimi

Data

____ / ____ / ____
dd/mm/yyyy