



Kartelë pacienti: Gjinekologji

Formular bosh për t'u plotësuar me dorë.

Klinika

Mjeku

Data

____ / ____ / ____
dd/mm/vvvv

Të dhënat bazë

Emri

Mbiemri

Data e lindjes

____ / ____ / ____
dd/mm/vvvv

Vendlindja

Kombësia

Profesioni

Numri i telefonit

Email

Adresa

Gjinia

☐ Femër ☐ Mashkull ☐ Jobinar ☐ Preferoj të mos përgjigjem

1. Arsyeja e Vizitës

Ankesa kryesore

Tipi i vizitës

☐ Kontroll rutinë ☐ Shtatzëni ☐ Problem akut ☐ Planifikim familjar ☐ Menopauzë

2. Historiku Menstrual

Mosha e menarkës

Menstruacioni i fundit

____ / ____ / ____
dd/mm/vvvv

Gjatësia e ciklit (ditë)

Rregullsia

☐ I rregullt ☐ I çrregullt

Dhimbje menstruale (dismenore)?

☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni:

Kontracepsioni

☐ Asnjë ☐ Oral ☐ IUD ☐ Implant ☐ Barrierë ☐ Tjetër

3. Historiku Obstetrik

Gravida (numri i shtatzënive)

Para (numri i lindjeve)

Shtatzënitë e mëparshme

Viti	Përfundimi	Java	Komplikacione

4. Anamneza

Operacione gjinekologjike të mëparshme?

☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni:

Infeksione seksualisht të transmetueshme?

☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni:

Historik familjar i kancerit të gjirit apo vezoreve?

☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni:

PAP testi i fundit

____ / ____ / ____

dd/mm/vvvv

Alergji ndaj medikamenteve?

☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni:

Medikamente aktuale

5. Ekzaminimi dhe Ekografia**Ekzaminimi objektiv**

Ekografia

Vendi për foton ose skicën

Data e ekografisë

/

/

dd/mm/vvvv

Gjetjet ekografike

6. Diagnoza dhe Plani

Diagnoza

Plani i trajtimit dhe ndjekja

7. 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 gjinekologun 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/vvvv