



# Kartelë pacienti: Ortopedi

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. Dëmtimi

Ankesa kryesore

Data e dëmtimit

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
dd/mm/vvvv

Mekanizmi i dëmtimit

☐ Rënie ☐ Aksident sportiv ☐ Aksident rrugor ☐ Aksident në punë ☐ Mbingarkesë kronike ☐ Degjenerativ

Shkalla e dhimbjes (VAS 0-10)

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Ana e prekur

☐ Djathtas ☐ Majtas ☐ Bilaterale

2. Ekzaminimi

Harta e trupit, zona e prekur

Vendi për foton ose skicën

Inspektimi dhe palpimi

Lëvizshmëria dhe forca

| Nyja | Lëvizja | Aktive (°) | Pasive (°) | Forca (0-5) |
|------|---------|------------|------------|-------------|
|      |         |            |            |             |
|      |         |            |            |             |
|      |         |            |            |             |
|      |         |            |            |             |
|      |         |            |            |             |
|      |         |            |            |             |

Teste speciale

Statusi neurovaskular

3. Imazheria

Lloji i imazherisë

☐ Radiografi

☐ Ekografi

☐ MRI

☐ CT

☐ Asnjë

Data e imazherisë

/

/

dd/mm/vvvv

## Imazhi

Vendi për foton ose skicën

## Gjetjet

### 4. Anamneza

Operacione ortopedike të mëparshme?

☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni:

Fraktura të mëparshme?

☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni:

Osteoporozë?

☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni:

Artrit (reumatoid, osteoartrit)?

☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni:

Alergji ndaj medikamenteve?

☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni:

#### Medikamente aktuale

### 5. Diagnoza dhe Plani

#### Diagnoza

#### Plani i trajtimit

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 vendimarrjen time.
- 4. Autorizoj ortopedin 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