

**ANKIETA KONTROLNA (PO LECZENIU)**
**DANE PACJENTA**
**RUBRYKI WYPEŁNIAMY DRUKOWANYMI LITERAMI - CZYTELNIIE**

IMIĘ	NAZWISKO	PESEL
NUMER TELEFONU	ADRES MAILOWY	

**SPECJALISTA KIERUJĄCY NA BADANIE**

**OSTATNIE BADANIE PARAZYTOLOGICZNE**

DATA	WYNIK

**DATA ZAKOŃCZENIA LECZENIA:**
**PROSZĘ O WYKONANIE PONIŻSZYCH BADAŃ**

NAZWA BADANIA	TAK (X)	CENA
BADANIE PARAZYTOLOGICZNE KAŁU (1 PRÓBKĄ)		120,00 zł
BADANIE PARAZYTOLOGICZNE KAŁU (3 PRÓBKII)		300,00 zł
BADANIE KAŁU NA KREW UTAJONĄ		60,00 zł
BADANIE KAŁU W KIERUNKU GIARDIA INTESTINALIS (ANTYGEN)		80,00 zł
BADANIE KAŁU NA ANTYGEN HELICOBACTER PYLORII		80,00 zł
KALPROTEKTYNA W KALE		110,00 zł
POSIEW KAŁU W KIERUNKU GRZYBÓW		70,00 zł
POSIEW KAŁU W KIERUNKU BAKTERII		70,00 zł
BADANIE MOCZU W KIERUNKU PRZYWRY KRWI (3 PRÓBKII)		150,00 zł
BADANIE RZĘS/ZESKROBIN W KIERUNKU NUŻEŃCA		55,00 zł
WYMAZ Z OKOLICY ODBYTU W KIERUNKU JAJ OWSIKA		50,00 zł
BADANIE OGÓLNE KAŁU		40,00 zł
ANALIZA PIERWIASTKOWA WŁOSA		380,00 zł
HEMOPIROLLAKTAM W MOCZU (HPL)		145,00 zł
GLIFOSAT W MOCZU		220,00 zł

UTRZYMUJĄCE SIĘ OBJAWY	TAK/Jak często	NIE
BÓLE BRZUCHA		
ROZWOLNIENIE		
ZATWARDZENIE		
ILOŚĆ WYPRÓŻNIEŃ NA DZIEŃ		
ODCZUCIE "PRZELEWANIA"		
WZDĘCIA		
GAZY		
BÓLE GŁOWY		
ZAWROTY		
BÓLE MIĘŚNI		
BÓLE STAWÓW		
OKRESOWE ZABURZENIA WZROKU		
NAPADOWY KASZEL		
DUSZNOŚĆ		
POBUDLIWOŚĆ NERWOWA		
ZACHCIANKI NA SŁODYCZE		
NAPADY GŁODU		
PODJADANIE W NOCY		
NIESPOKOJNY SEN		
SPADEK MASY CIAŁA		
WZROST MASY CIAŁA		
ŚWIĄD SKÓRY		
ŚWIĄD W OKOLICY POŚLADKÓW		
ŚWIĄD W OKOLICACH INTYMNYCH		
ZACZERWIENIENIE SKÓRY		
UCZULENIA (NA CO?)		
WYSYPKA		
OBRZĘKI		
"WORKI" POD OCZAMI		
ZGRZYTANIE ZĘBAMI		
WZMOŻONA POTLIWOŚĆ		
POTLIWOŚĆ POŚLADKÓW		
ANEMIA (NISKA HEMOGLOBINA)		
NISKIE PŁYTKI KRWI (PLT)		
PRZEDŁUŻONE CZASY KRZEPNIĘCIA		
BOLESNE ODDAWANIE MOCZU		
CZĘSTE INFEKCJE DRÓG MOCZOWO-		
DEPRESJA		
ZMĘCZENIE		

CHOROBY	TAK	NIE
HASHIMOTO		
ZESZTYWNIAJĄCE ZAPALENIE STAWÓW KRĘGOSŁUPA		
TOCZEŃ UKŁADOWY		
STWARDNIENIE ROZSIANE		
WRZODZIEJĄCE ZAPALENIE JELITA GRUBEGO		
REUMATOIDALNE ZAPALENIE STAWÓW (RZS)		
CHOROBA LEŚNIEWSKIEGO-CROHNA		
ŁUSZCZYCA		
ASTMA		
ZESPÓŁ JELITA DRAŻLIWEGO		
KAMICA ŻÓŁCIOWA		
CHOROBY TRZUSKI		
CHOROBY WĄTROBY		
CUKRZYCA		
ZESPÓŁ ASPERGERA		

**INNE CHOROBY:**

ZASTOSOWANE LECZENIE PRZECIWPASOŻYTNICZE	
LEKI	OKRES STOSOWANIA

**Na ile ocenia Pan/Pani poprawę (od 1 do 10, gdzie 10 to całkowite ustanie symptomów):**

**Proszę w kilku zdaniach opisać poprawę:**