

Rok											
Nr rejestracyjny											

## HISTORIA CHOROBY PORADNIA LECZENIA UZALEŻNIEŃ

Oznaczenie podmiotu*	Data urodzenia.....  PESEL.....
Nazwisko..... Imiona..... Płeć: M <input type="checkbox"/> Ż <input type="checkbox"/> Imię ojca..... Imię matki.....	
Miejsce stałego zamieszkania..... <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <span>..... miejscowość</span> <span>..... ulica</span> <span>..... nr domu</span> <span>..... telefon</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; margin-top: -10px;"> <input type="checkbox"/> miasto  <input type="checkbox"/> wieś       </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small; margin-top: 5px;"> <span>..... kod</span> <span>..... poczta</span> <span>..... gmina lub dzielnica</span> <span>..... województwo</span> </div>	
Zmiana adresu..... Miejsce pracy..... Zawód..... Data pierwszego zarejestrowania w poradni..... Choruje od roku..... Poprzednio leczony(a) w poradniach odwykowych lub PZP:..... Ubezpieczenie.....	

Rozpoznanie wstępne.....

Choroba zasadnicza.....

Choroby współistniejące .....

Rok											
Nr statyst. Rozpoznania											
Grupa poradniana	1)										
Rodzaj terapii	2)										
Stopień niepełnosprawności 3)											

- 1) Grupy poradniane      1. Grupa opieki czynnej      2. Grupa opieki biernej  
 2) Rodzaj terapii      1. Terapia indywidualna      2. Terapia grupowa  
 3) Stopień niepełnosprawności wg orzeczenia PZdsOoN    0 – bez inwalidztwa    1 – lekki    2 – umiarkowany    3 – znaczny    4 – inwalidztwo-grupa nie ustalona    9 – brak danych

Nazwisko i imię pacjenta.....

**Stan cywilny**

- ☐ Kawaler, panna  
☐ Żonaty, zamężna  
☐ Wdowiec, wdowa  
☐ Rozwiedziony, separacja  
☐ Związek nieformalny  
☐ Brak danych

**Wykształcenie**

- ☐ Bez wykształcenia  
☐ Podstawowe  
☐ Gimnazjalne  
☐ Zawodowe  
☐ Średnie  
☐ Licencyjne  
☐ Wyższe  
☐ Brak danych

**Z kim mieszka**

- ☐ Samotnie  
☐ Z rodziną  
☐ Z innymi osobami w ind.gosp.  
☐ Dom akademicki  
☐ Dom pomocy społecznej  
☐ Bezdomny  
☐ Wojsko  
☐ Inne  
(jakie.....)  
☐ Brak danych

**Podstawowe źródło utrzymania**

- ☐ Praca etatowa  
☐ Samodzielna gospodarcza  
☐ Praca dorywcza  
☐ Rodzina  
☐ Emeryt(ka)  
☐ Rencista(ka)  
☐ Zasiłek dla bezrobotnych  
☐ Pomoc społeczna  
☐ Brak danych

**Poprzednie leczenie w zakładzie leczenia  
odwykowego lub psychiatrycznego**

- ☐ Leczony(a) i w poradni i szpitalu (ośrodku)  
☐ Leczony(a) tylko w poradni  
☐ Leczony(a) tylko w szpitalu (ośrodku)  
☐ Nie leczony(a)  
☐ Brak danych

Ostatnio leczyl(a) się w poradni.....

Leczenie stacjonarne (ile razy).....pierwszy pobyt w roku.....

Ostatni pobyt od.....do.....gdzie.....

**Pacjent ubezwłasnowolniony**

- ☐ całkowicie  
☐ częściowo  
☐ nie

**Pacjent leczony**

- ☐ dobrowolnie  
☐ zobowiązany

**Rodzaj zaburzenia**

- ☐ uzależnienie  
☐ współuzależnienie  
☐ inne

Oświadczam, że **upoważniam/nie upoważniam** do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia  
( właściwe zaznaczyć )

.....  
( imię i nazwisko, adres, numer telefonu )

.....  
( data i podpis pacjenta )

Oświadczam, że **upoważniam / nie upoważniam** do uzyskiwania mojej dokumentacji  
( właściwe zaznaczyć )

.....  
( imię i nazwisko osoby upoważnionej ) ( ust. z dn. 6 XI 2006 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta )

.....  
( data i podpis pacjenta )

## Data wyznaczonego terminu zgłoszenia pacjenta do poradni


## Wizyty w środowisku pacjenta

Wizyty lekarskie						
Wizyty innych pracowników Poradni Leczenia Uzależnień						

## Skierowanie do stacjonarnego zakładu (oddziału) leczenia odwykowego / psychiatrycznego

Data wydania skierowania					
Dokąd skierowany					

## Pobyty w stacjonarnych zakładach (oddziałach) leczenia odwykowego / psychiatrycznego

Od – do					
Gdzie					
Rozpoznanie					
Wskazania do leczenia poszpitalnego					

Zakończono leczenie w Poradni leczenia Uzależnień: 1. nie wymaga dalszego leczenia odwykowego

2. zmarł

3. przeniósł się na stałe do innej poradni

4. nie zgłasza się z niewiadomych powodów od roku

Zakończono leczenie w roku.....

Zakończono leczenie przez.....

(oznaczenie i podpis lekarza / terapeuty)\*



Nazwisko i imię pacjenta.....

**STAN OBECNY**

**Wygląd ogólny**.....

**Układ ruchowy**.....

**Powłoki skórne**.....

Owłosienie..... ukrwienie .....

Podśc.tł..... wykwitz .....

Rany, odleżyny, blizny po samouszkodzeniach, tatuaże, ślady nakłuć.....

**Głowa**.....

Oczy, nos, uszy.....

**Szyja – tarczycza**.....

**Klatka piersiowa**.....

Płuca.....

Serce – czynność ..... tony.....

**Brzuch – powłoki**.....

Bolesność.....

Wątroba – powiększenie, bolesność.....

Nerki – objaw Goldflama .....

**Stan neurologiczny**.....

**Głowa, kształt, bolesność**.....

Żrenice, kształt.....

Odr. na światło.....

Szparę powiekowe.....

Nazwisko i imię pacjenta..... str.....

Ustawienie i ruchy gałek ocznych.....

Oczopląs .....

Marszczenie czoła .....

Zaciskanie powiek.....

Fałdy nosowo – wargowe.....

Szczerzenie zębów.....

Ruchy języka.....

**Część ruchowa i pozostałe nerwy czaszkowe**

Mowa .....

**Kończyny górne, ruchy** .....

Sila..... napięcie .....

**Kończyny dolne, ruchy**.....

Sila..... napięcie .....

Odr. patologiczne ..... Próba Romberga.....

Chód.....

**Czucie powierzchniowe i głębokie** .....

**Objawy oponowe**.....

**Ruchy mimowolne / dyskineza** .....

**Objawy zespołu Parkinsona** .....

**Stan psychiczny** ( w szczególności należy uwzględnić: świadomość, orientację, pamięć, nastrój, emocje, napęd, zaburzenia formalne myślenia, urojenia, omamy)

Data	Przebieg choroby i zlecenia