

CUESTIONARIO DE SALUD PARA REALIZAR UNA

HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA

Con el fin de facilitar la valoración de su estado de salud le pedimos que rellene el siguiente cuestionario. Son unas preguntas sencillas que tiene que responder poniendo una **X** en las casillas **SI** **NO** según proceda.

En caso de que tenga dudas en responder alguna pregunta, no se preocupe, dado que puede completar el cuestionario el día de exploración con el médico encargado de realizar la prueba.

IMPORTANTE

1. Venga puntual a la consulta a la hora prevista. Si no puede venir avise lo antes posible al teléfono que le facilitamos al pie del cuestionario.
2. Traiga este cuestionario el día de la exploración y el consentimiento informado firmado.
3. No es necesario que esté en ayunas.
4. Si tiene una alteración de las válvulas cardíacas, avísenos con antelación por correo electrónico o teléfono,
5. Tome dos horas antes de la prueba 1 comprimido de 25 mg de "Enantyum®" (si es alérgica tome paracetamol de 1 gramo) y un "Dormicum®" de 7,5 mg. Si no puede conseguir la medicación comuníquese por teléfono o por correo electrónico con nosotros.
6. Venga acompañada de una persona adulta
7. Sería conveniente hacer reposo relativo (no en cama) durante las 12 horas siguientes

Nombre: Apellidos: Edad:

Peso: kg. Altura: cm.

ANTECEDENTES MÉDICOS PASADOS O ACTUALES

¿Fuma actualmente?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• ¿Cuántos cigarrillos al día?:				
Enfermedad pulmonar: bronquitis, asma o pitos en el pecho	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Hipertensión Arterial	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Corazón: Válvulas, infarto, angina, arritmia, insuficiencia	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Diabetes:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Problema renal: Cólicos, insuficiencia renal	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Enfermedad hepática, Hepatitis	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Problemas digestivos: úlcera, hernia de Hiato, gastritis	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Embolia cerebral o parálisis, flebitis, trombosis	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Pérdidas de conciencia o convulsiones	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Hemorragia (no ginecológica) o hematomas con facilidad	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Anemia, falta de hierro	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Enfermedades con alteración en la coagulación de la sangre	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Trastornos psicológicos: Depresión, ansiedad	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Cáncer	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Tiroides: Hipotiroidismo	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Fiebre reumática	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

Otro problema de salud:

ALERGIAS A MEDICACIONES ¿Tiene algún tipo de alergia?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Antibióticos: Penicilina, Amoxicilina, Augmentine Tetraciclinas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Antiinflamatorios: Aspirina, Ibuprofeno, Voltaren, Enantyum	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Anestésicos locales: Lidocaína, Mepivacaína, Bupivacaína	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

Indique si tiene otras alergias:

Consultas al Tel.: [937 36 70 20](tel:937367020) extensión 11191(excepto jueves mañana); e-mail: enfermera@cayuela.net

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

¿Tiene la menopausia? SI NO
 ¿Cuántos días le dura la regla?..... ¿La tiene cada mes?: SI NO
 ¿Tiene dolor con la regla?: SI NO
 ¿Tiene regla abundante? SI NO
 ¿Está en un proceso de fertilidad? SI NO
 ¿Cuántos hijos ha tenido? ¿Cuántos abortos ha tenido?:

ANOTE TODA LA MEDICACIÓN QUE ESTÉ TOMANDO ACTUALMENTE

Anticoagulantes: Aspirina, Sintrom, Clopidrogel, Pradaxa, SI NO
 Tiroides: Eutirox SI NO
 Sistema nervioso: Antidepresivos, para dormir SI NO
 Cortisona: SI NO
 Hipertensión: SI NO
 Antidiabéticos: Metformina, insulina SI NO
 Medicaciones para el cáncer de mama: Tamoxifeno, SI NO
 Quimioterapia: SI NO
 Hormonas: Anticonceptivos, Estrógenos, Progesterona SI NO
 Otras medicaciones escribirlas:

ANOTE LAS OPERACIONES QUIRÚRGICAS QUE LE HAYAN REALIZADO

Apéndice: SI NO
 Anginas (amígdalas): SI NO
 Carnots (adenoides): SI NO
 Hernia inguinal: SI NO
 Cesárea: SI NO Cuantas:
 Artroscopia: SI NO
 Corazón: SI NO
 Mama: Prótesis, Reducción, Plastia, Fibroadenoma, Cáncer SI NO
 Prótesis metálicas: SI NO
 Otras cirugías escribirlas.....

IMPORTANTE: Llame por teléfono si tiene la regla o pérdidas de sangre o si tiene alguna duda

Firma del paciente

Fecha: