

AĞRI POLİKİNLİĞİ ANEMNEZ KARTI

Hastanın Adı Soyadı:

İlk Geliş Tarihi: ____/____/202__

Protokol No:

Yaş:

Cinsiyet:

Ağırlık:

Medeni Durum:

Eğitim:

Meslek:

Sigorta:

Telefon No:

Adres:

Başvuru Şekli: () Tavsiye, () doktor yönlendirmesi, () internet araştırması, () kurumda görevli, sağlık çalışanı

Ağrının Yeri : () Baş () Boyun () Sırt () Göğüs () Bel () Karın () Diğer

Nereye yansıyor? () Sürekli () Aralıklı () Akut () Kronik () Kramp () Batma () Künt () Sıkıştırıcı

() Zonklama () Ezilir Şekilde () Sızlama () Yanma () Karıncalanma () Elektrik Çarpması

Kaç yıldır var? Ne zaman şiddetlendi? Ağrıyı başlatan faktör?

Ağrı ile birlikte diğer belirtiler? (Bulantı,kusma,terleme, kilo kaybı vb.):

Ağrıyı etkileyen, artıran veya azaltan faktörler:

Görsel Ağrı Ölçeği (VAS: visual analog scale) 0 : Ağrı yok 10 : Dayanılmaz ağrı



Fizik Muayene:

Daha Önceki Başvurulardaki Tanı - Tedavi?

Tetkikler?

Ek Hastalık, Operasyon, Alerji, Aşı:

Sürekli Kullandığı İlaçlar:

Tanı – Tedavi: