**Patsiendi Küsitluse leht**

| 1. | Nimi, Perekonnanimi |  |
| --- | --- | --- |
| 2. | Sünnikuupäev |  |
| 3. | Aadress |  |
| 4. | Riik |  |
| 5. | Telefoninumber |  |
| 6. | e-mail |  |
| 7. | Praegune diagnoos |  |
| 8. | Haiguse kestus |  |
| 9. | Kasvaja praegune suurus, asukoht ja levik |  |
| 10. | Muud olulised kaasuvad haigused |  |
| 11. | Ravimi talumatus |  |
| 12. | Viimase aasta/kuude jooksul saadud ravi |  |
| 13. | Regulaarselt kasutatavad ravimid |  |

| 14. | Milliseid toidulisandeid te praegu kasutate? |  |
| --- | --- | --- |
| 15. | Kas teile soovitatakse mingit spetsiaalset dieeti ja milliseid toite te väldite? |  |
| 16. | Kas töötate praegu? |  |
| 17. | Sinu elukutse |  |
| 18. | Kas olete praegu haiguslehel? |  |
| 19. | Kui kaugele suudate kõndida ilma teiste abita (m/km)? |  |
| 20. | Kas sa suudad enda eest hoolitseda? |  |
| 21. | Kas saate trepist ronida? |  |
| 22. | Kas teil on kõndides õhupuudus? |  |
| 23. | Vajad abi horisontaalsel pinnal kõndimisel? |  |
| 24. | Kas teie kõhtu või pleurasse on kogunenud vedelikku? |  |
| 25. | Kas teil on probleeme uinumisega? |  |
| 26. | Kas te võtate unerohtu? |  |
| 27. | Millised on praegu peamised kaebused? Palun kirjeldage üksikasjalikult! |  |
| 28. | Kas hemotransfusioone on tehtud? |  |
| 29. | Kui tehti hemotransfusioone, siis millal ja kui sageli neid tehti? |  |
| 30. | Kas teil on probleeme väljaheitega? (kõhukinnisus või lahtine väljaheide) |  |
| 31. | Kas teil on urineerimisprobleeme? |  |
| 32. | Kas sul on valus? |  |
| 33. | Milliseid valuvaigisteid te võtate? |  |

| 34. | Kas teie valu on pidev või episoodiline? |  |
| --- | --- | --- |
| 35. | Palun märkige välja kirjutatud valuvaigisti nimetus ja annus! |  |
| 36. | Kas valuvaigisteid on vaja kohandada? |  |
| 37. | Mis su pikkus ja kaal on? |  |
| 38. | Kas teil on praegu mitteparanev haav? |  |
| 39. | Millist tüüpi ravi soovite meie kliinikus saada (infusioonid, hüpertermia, füsioteraapia)? |  |
| 40. | Millist teraapiat plaanitakse peale ravikuuri meie kliinikus? |  |
| 41. | Miks valisite ravi meie kliinikus? |  |
| 42. | Kuidas te meie kliiniku leidsite? |  |
|  |  |  |
| Täname teid meie küsimustele vastamise eest.  Püüame teiega esimesel võimalusel telefoni teel ühendust võtta.  Saada oma vastused aadressile info@santamonica.lv | | |