

# Diagnostiline küsimustik

Andmed selles küsimustikus aitavad saada informatsiooni Teie tervisliku seisundi kohta. Küsitluslehes olevat informatsiooni ei avaldata kolmandatele osapooltele. Palun vastake kõigile küsimustele, märkides ristiga „ja“ või „ei“ lahter.

Patsiendi nimi: \_\_\_\_\_

Aadress: \_\_\_\_\_

Telefoni number / E-post: \_\_\_\_\_

Suunav arst: \_\_\_\_\_

Arsti kontaktandmed: \_\_\_\_\_

## Pärilikud haigused

Järgmised küsimused puudutavad Teie vanavanemaid, vanemaid, tädisid, onusid, vendi ja õdesid, lapsi või lapselapsi.

### **Kas kellelgi Teie peres on olnud järgnevaid haiguseid?**

	jah	ei
tuberkuloos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
süüfilis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
reuma _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
suhkruhaigus _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
allergia _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
podagra _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nahahaigused _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **Kas kellelgi Teie peres on kunagi olnud terviseprobleeme järgnevate elunditega:**

	jah	ei
silmad _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nahk _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neerud _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kopsud _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aju _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muud siseorganid _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Haigusele eelnev periood

	jah	ei
Olete Te kunagi elanud väljaspool Eestit? Kus? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kas Te olete viimasel ajal reisinud? Kuhu? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kas Teil on kunagi olnud koer? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kas Teil on kunagi olnud kass? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kas Teil on kunagi olnud papagoi või kanaarilind? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kas Te olete kunagi sünninud toorest liha? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kas Teil on kunagi olnud kokkupuudet haigete loomadega? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kas Te olete kunagi suitsetanud? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kas Te olete kunagi saanud veeni süstitavaid ravimeid, vereülekanneid? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kas Teil on kunagi olnud biseksuaalseid või homoseksuaalseid kontakte? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis amet Teil on? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kas Te võtate hetkel ravimeid? Milliseid? \_\_\_\_\_

Kas Te olete saanud kaitsesüste 3 kuu jooksul enne haigestumist või uut haiguse ägenemist? \_\_\_\_\_

### **Haiguslugu**

Kas olete põdenud mõnda järgnevat haigust?

	jah	ei
kehvveresus _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vähk _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
suhkruhaigus _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
maksapõletik _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kõrge vererõhk _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rinnakelmepõletik _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kopsupõletik _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
haavandeid _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
herpes _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
leetrid _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
punetised _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuulerõuged _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vöötohatis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mumps _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
klamüüdia _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trahhoom _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
süüfilis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gonorröa _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuberkuloos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
leepra _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
leptospiroos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
histoplasmoos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
seenhaigused _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
toksoplasmoos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trihhomoos? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Whipple'i haigus _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
heinapalavik _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
allergiad _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pemfigoid _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vaskuliit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
reumatoidartriit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
artriit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
luupus _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sklerodermia _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reiteri sündroom _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
haavandiline koliit või Crohni tõbi _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psoriaas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bechet'i tõbi _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
temporaalne artriit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nodoosne erüteem _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
skleroosis multipleks _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sarkoidoos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kas Teil on olnud kunagi mõni järgnevatest haigustunnustest?

### **Üldhaigused**

	jah	ei
palavik _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
öine higistamine _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
väsimustunne _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
isutus _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lühiajaline kaalukaotus _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
haiglane enesetunne _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **Kesknärvisüsteemihaigused**

sagedased või tugevad peavalud _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sagedane või tugev peapööritus _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
minestushood _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **Kõrvahaigused**

vaegkuulmine _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pidev vilin või mühin kõrvades _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sagedased või tugevad kõrvapõletikud _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
valulikud või paistes kõrvanibud _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **Nina- ja kurguhaigused**

haavandeid ninas või suus _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sagedased või korduvad ninaverejooksud _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sagedane nohu _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kinnine nina _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ninakõrvalkoobaste haigused _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hääle kähedus _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hamba- või igemepõletikud _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **Nahahaigused**

lööve _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nahavillid _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
valged plekid nahal või juustel _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
juuste väljalangemine _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
puugi- või putukahammustused _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
külmad valulikud sõrmed _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tugev sügelustunne _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kas Teil tekib kergesti päikesepõletus? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **Hingamiselundid**

raskused neelamisel _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pidev köha _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verine eritus köhimisel _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	jah	ei
kopsuõletik _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
viirusinfektsioon _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
astma _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **Verehaigused**

kalduvus verejooksudele _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
õhupuudus _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vereülekanded _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **Seedekulgla haigused**

iiveldus _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kõhulahtisus _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
veri väljaheites _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kõhuvaevused _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kollatõbi _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **Luu- ja liigestehaigused**

jäigad liigesed _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
valulikud liigesed _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
paistes liigesed _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
punetavad ja turses liigesed _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
seljakangus _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
seljavaevused une ajal _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
närvivalud _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lihasevalud _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **Neeru- ja suguelundite haigused**

neeruprobleemid _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
põieprobleemid _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
veri uriinis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
löövet või haavandeid suguelundite piirkonnas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eesnäärme põletik _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
valulikud munandid _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kas Te olete hetkel rase või plaanite rasedust? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kui palju Te hetkel kaalute? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kui pikk Te olete? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **Psüühiline seisund**

Kas Te olete suures stressis? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kas Te tunnete end tihti depressioonis olevat? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kas Te saate psühhiaatrilist või psühhoteraapilist ravi? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>