

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anamnez Formu

Öğrencinin	Değerlendiren Öğretim Üyesinin
Adı-Soyadı:	Adı-Soyadı:
No:	Tarih/İmza-Kaşe:
Grubu:	

Hastanın	
Adı-Soyadı:	Meslek:
Protokol No:	Cinsiyet:
Poliklinik: <input type="checkbox"/> Klinik: <input type="checkbox"/> Yatış Tarihi:	Medeni Hali:
Doğum Yeri/Yılı:	Tel:
Adres:	

Şikayeti	
Hikayesi	

Özgeçmiş			
Hastalık		Kullandığı İlaçlar	
Operasyon			
Sigara		Kanama Diyatezi	
Alkol		Alerji	

Soygeçmiş			
Anne		Kardeşler	
Baba			
Ailedeki Hastalıklar		Çocuklar	

Sistemlerin Sorgulanması						
Baş-Boyun	<input type="checkbox"/> Baş ağrısı	<input type="checkbox"/> Baş dönmesi	<input type="checkbox"/> İltihap	<input type="checkbox"/> Kulak çınlaması	<input type="checkbox"/> Kulak akıntısı	<input type="checkbox"/> Kulak ağrısı
	<input type="checkbox"/> Görme Bozukluğu	<input type="checkbox"/> Fotofobi	<input type="checkbox"/> Çift görme	<input type="checkbox"/> Gözde iltihap, kaşıntı, batma, sulanma	<input type="checkbox"/> Nezle, grip	<input type="checkbox"/> Burun akıntısı, tıkanıklık
	<input type="checkbox"/> Geniz akıntısı, sinüzit	<input type="checkbox"/> Ses kısıklığı	<input type="checkbox"/> Dişeti sorunu, dilde yara	<input type="checkbox"/> Ağız ve boğazda yara	<input type="checkbox"/> LAP	<input type="checkbox"/> Guatr

Kalp Damar Sistemi	<input type="checkbox"/> Göğüs ağrısı, angina	<input type="checkbox"/> Nefes darlığı (eforla veya değil)	<input type="checkbox"/> Ortopne	<input type="checkbox"/> Paroksizmal Nokturnal Dispne	<input type="checkbox"/> Çarpıntı	<input type="checkbox"/> Bacaklarda şişlik
---------------------------	---	--	----------------------------------	---	-----------------------------------	--

Solunum Sistemi	<input type="checkbox"/> Göğüs ağrısı	<input type="checkbox"/> Nefes darlığı veya hışıltılı solunum (Wheeze)	<input type="checkbox"/> Öksürük, balgam, hemoptizi
------------------------	---------------------------------------	--	---

Gastrointestinal Sistem	<input type="checkbox"/> İştahsızlık, kilo kaybı	<input type="checkbox"/> Disfaji	<input type="checkbox"/> Bulantı, kusma, hematemez
	<input type="checkbox"/> Hazımsızlık, pirosis	<input type="checkbox"/> Sarılık	<input type="checkbox"/> Karın ağrısı
	<input type="checkbox"/> Bağırsaklar: Konstipasyon, diyare, gaitanın görünümü, hematokezya, melena, mukus, gaz çıkarma		

Genito-üriner Sistem	<input type="checkbox"/> Sıklık, dizüri, noktüri, pliüri, oligüri	<input type="checkbox"/> Hematüri	<input type="checkbox"/> İdrar kaçırma, urgency	<input type="checkbox"/> Prostatik semptomlar	<input type="checkbox"/> İmpotans	<input type="checkbox"/> Menstruasyon
	<input type="checkbox"/> Menarş yaşı	<input type="checkbox"/> Kanamanın süresi ve adet düzeni	<input type="checkbox"/> Menoraji	<input type="checkbox"/> Dismenore	<input type="checkbox"/> Menopoz	<input type="checkbox"/> İnfertilite

Santral Sinir Sistemi	<input type="checkbox"/> Baş ağrısı	<input type="checkbox"/> Bayılma, şuur kaybı	<input type="checkbox"/> Baş dönmesi
	<input type="checkbox"/> Görme, çift görme	<input type="checkbox"/> Duyma	<input type="checkbox"/> Kas güçsüzlüğü
	<input type="checkbox"/> Uyuşukluk, yanma, karıncalanma	<input type="checkbox"/> Hafıza kaybı, kişilik değişikliği	<input type="checkbox"/> Anksiyete, depresyon

Endokrin Sistem	<input type="checkbox"/> Adet bozuklukları	<input type="checkbox"/> Hirsutizm, alopesi	<input type="checkbox"/> Anormal sekonder seks özellikleri
	<input type="checkbox"/> Poliüri, polidipsi	<input type="checkbox"/> Terleme miktarı	<input type="checkbox"/> Saç kalitesi

Kas-İskelet Sistemi	<input type="checkbox"/> Ağrı, şişlik, kas tutulması	<input type="checkbox"/> Hareketlerde kısıtlılık	<input type="checkbox"/> Kas gücü
	<input type="checkbox"/> Kendi başına yıkanabilme, giyinebilme	<input type="checkbox"/> Merdivenden çıkabilme, inebilme	

Cilt	<input type="checkbox"/> Rush (Döküntü)	<input type="checkbox"/> Pruritus (Kaşıntı)	<input type="checkbox"/> Akne
------	---	---	-------------------------------

Fizik Muayene

Genel Durum:	Nabız Dakika Sayısı:
Ateş:	Solunum Dakika Sayısı:
Kan Basıncı:	

Baş Boyun Muayenesi	
Kalp-Göğüs Muayenesi	
Karın Muayenesi	
İnguinal Muayene	
Rektal Muayene	

Meme Muayenesi	
Ekstremiteler Muayenesi	
Diğer Bulgular	
PA Akciğer Grafisi	
EKG	

Öğrencinin Düşünceleri	
Öğretim Üyesinin Öğrenci Hakkında Düşünceleri	