

## Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anamnez ve Fizik Muayene Formu

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

<b>Şikayeti</b>	
<b>Hikayesi</b>	

<b>Özgeçmiş</b>			
Hastalık		Kullandığı İlaçlar	
Operasyon			
Sigara		Kanama Diyatezi	
Alkol		Alerji	

<b>Soygeçmiş</b>			
Anne		Kardeşler	
Baba			
Ailedeki Hastalıklar		Çocuklar	

<b>Sistemlerin Sorgulanması</b>						
<b>Baş-Boyun</b>	<input type="checkbox"/> Baş ağrısı	<input type="checkbox"/> Baş dönmesi	<input type="checkbox"/> İşitme	<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

<b>Kalp Damar Sistemi</b>	<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
---------------------------	---	--	----------------------------------	---	-----------------------------------	--

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

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

<b>Genito-üriner Sistem</b>	<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

<b>Santral Sinir Sistemi</b>	<input type="checkbox"/> Başağrısı	<input type="checkbox"/> Bayılma, şuur kaybı	<input type="checkbox"/> Başdönmesi
	<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

<b>Endokrin Sistem</b>	<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

<b>Kas-İskelet Sistemi</b>	<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	

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

#### Fizik Muayene

<b>Genel Durum:</b>	<b>Nabız Dakika Sayısı:</b>
<b>Ateş:</b>	<b>Solunum Dakika Sayısı:</b>
<b>Kan Basıncı:</b>	

<b>Baş Boyun Muayenesi</b>	
<b>Kalp-Göğüs Muayenesi</b>	
<b>Karın Muayenesi</b>	
<b>İnguinal Muayene</b>	
<b>Rektal Muayene</b>	

<b>Meme Muayenesi</b>	
<b>Ekstremiteler Muayenesi</b>	
<b>Diğer Bulgular</b>	
<b>PA Akciğer Grafisi</b>	
<b>EKG</b>	

Öğrenci Öz-Değerlendirme			
Öğrencinin Öğretim Üyesi Tarafından Genel Değerlendirmesi			
Değerlendiren Öğretim Üyesi		Tarih-İmza	