



Europejski Instytut Badań nad Kamicią Nerkową

Rejestracja na: Badanie Kamienia

Dane pacjenta:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Imię

Nazwisko

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Ulica

Numer domu

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Kod pocztowy

Miejscowość

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Data urodzenia DD/MM/RRRR

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

PESEL

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Numer Telefonu

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Adres e-mail

Wywiad chorobowy

1. Od kiedy Pan/Pani choruje na kamice nerkową?

| |
|--|
| |
|--|

2. Czy były wykonywane u Pana/Pani zabiegi z powodu kamicy nerkowej (ESWL, endoskopowe usunięcie złogów, zabiegi operacyjne, operacje związane z usunięciem jelita grubego, operacje związane z długim unieruchomieniem)? Kiedy?

| | | |
|-----|-----|--|
| | | |
| TAK | NIE | |

3. Czy choruje Pan/Pani na choroby predysponujące do kamicy nerkowej? (proszę zaznaczyć „X”)

| | | | |
|---|--|---|--|
| Nadwaga | | Cukrzyca | |
| Osteoporoza | | Sarkoidoza | |
| Zakażenia układu moczowego | | Nadciśnienie tętnicze | |
| Hipokaliemia | | Choroba denta | |
| Krzywica hipofosfatemiczna związana z chromosomem X | | Nowotwór piersi, płuca, nerki, głowy, szyi, chłoniaki, szpiczak | |
| Gruźlica | | Histoplazmoza | |
| Pierwotna hiperoksaluria | | Choroba Chrona | |
| Przewlekłe zapalenie trzustki | | Operacje na jelicie cienkim | |
| Przewlekłe biegunki | | Dna moczanowa | |
| Hemoglobinopatie | | Talasemia | |
| Czerwienica | | Wrodzona nerkowa hiperurykozemia | |
| Nerkowa kwasica cewkowa (RTA) | | Cystynuria | |
| Lesh-Nyhan syndrome | | Przerost gruczołu krokowego | |
| Zwężenie cewki moczowej | | Zmiany anatomiczne/ wady wrodzone układu moczowego | |

4. Czy były u Pana/Pani wykonywane inne jakiegokolwiek zabiegi operacyjne z powodu innych chorób? Kiedy?

| | | |
|-----|-----|--|
| | | |
| TAK | NIE | |

5. Czy w Pana/Pani rodzinie występuje/występowała kamica nerkowa? U kogo? (rodzeństwo, tata / mama)

| | | |
|-----|-----|--|
| | | |
| TAK | NIE | |

6. Jakie leki Pan/Pani przyjmuje (nazwa oraz dawka)?

| |
|--|
| |
|--|

7. Wykonywany przez Pana/Pani zawód?

| |
|--|
| |
|--|

8. Ile mniej więcej Pan/Pani wypija płynów na dobę (woda, kawa, herbata, zupa itd.)? (przeliczyć najlepiej na szklanki)

| |
|--|
| |
|--|

9. Ile razy w tygodniu spożywa Pan/Pani produkty zawierające białko zwierzęce (mięso)?

| |
|--|
| |
|--|

10. Ile razy w tygodniu spożywa Pan/Pani warzywa/owoce? (uwzględnić należy warzywa w daniach spożywczych jak np. sałatki owocowe / warzywne)

| |
|--|
| |
|--|

Zgoda na przetwarzanie danych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie zawartych danych wyłącznie do celów dokumentowania badania przez Lifemedica sp. z o.o. z siedzibą w Gdańsku. Zapoznałem/am się z usługą, która zamawiam, jej ceną oraz warunkami realizacji i świadczenia usługi.

PODPIS PACJENTA / data

Przygotowanie kamienia do badania

Kamień powinien być spłukany wodą bieżącą oraz osuszony. Kamień można włożyć do zwykłego małego woreczka foliowego, pojemniczka plastikowego (zwykły pojemnik na ogólne badanie moczu) lub szczelnego pudełka kartonowego.

UWAGA: Po wykonaniu badania nie zwracamy Państwu próbki kamienia!

Adres do wysyłki kamienia do badania

Europejski Instytut Badań nad Kamicią Nerkową
(w ramach Centrum Zdrowia Lifemedica sp. z o.o.)
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 3
80-210 Gdańsk

Kontakt

Jeśli mają Państwo pytania dotyczące badania prosimy o kontakt z Instytutem Badań nad Kamicią Nerkową pod numerem 791 600 660