

LETËR HYRËSE

Të nderuar prindër,

Fëmija juaj pritët t'i nënshtrohet një trajtimi, ekzaminimi ose ndërhyrje kirurgjikale nën anestezi të përgjithshme ose rajonale. Për të garantuar siguri dhe kujdes maksimal, kërkohen të dhëna të sakta për gjendjen shëndetësore të fëmijës. Ju faleminderit që do ta plotësoni me kujdes këtë pyetësor dhe do ta dërgoni me kohë

TË DHËNAT PERSONALE

Mbiemri i fëmijës:	Emri i fëmijës:	
Data e lindjes	Gjatësia:	Pesha:
Emri/pr. i prindërve	Telefon (celular):	
Pediatra (emër, vend, tel.)		

NDËRHYRJA/OPERACIONI I PLANIFIKUAR	Data e ndërhyrjes:
------------------------------------	--------------------

NDËRHYRJET/OPERACIONET E MËPARSHME	PO	JO
A ka pasur fëmija juaj anestezi më parë?	☐	☐
Nëse PO, pse?		
A pati komplikime gjatë anestezeve të mëparshme?	☐	☐
Nëse PO, cilat?		
A ka probleme të lidhura me anestezinë të të afërmit e gjakut?	☐	☐
Nëse PO, cilat?		

LINDJA/PERIUDHA FOSHNOJORE	PO	JO
A është fëmija juaj i lindur para kohe?	☐	☐
Nëse PO, në cilën javë shtatzënie?		
A pati probleme në javët e para pas lindjes?	☐	☐
Nëse PO, cilat?		

GJENDJA AKTUALE SHËNDETËSORE	PO	JO
A është fëmija i ftohur aktualisht?	☐	☐
A mendoni se qëndrueshmëria fizike është më e ulët se e bashkëmoshatarëve??	☐	☐
Sëmundje të zemrës (defekte, aritmi, operacione, zhurma, valvulopati)?	☐	☐
Probleme tensioni / qarkullimi?	☐	☐
Sëmundje të mushkërive (fibroza cistike, astma, bronkit)?	☐	☐
Vështirësi frymëmarrjeje/cianoze gjatë lodhjes?	☐	☐
Sindroma e apnesë së gjumit?	☐	☐
Sëmundje të gjakut ose koagulimit (leukemi, anemi, epistaksa, hematoma)?	☐	☐
Çrregullime metabolike (diabet, tiroide, çrregullime kongjenitale)?	☐	☐
Sëmundje të mëlçisë ose veshkave?	☐	☐
Probleme gastrointestinale (malformime)?	☐	☐
Sëmundje neurologjike (epilepsi, paraliza, CP, hidrocefalus)?	☐	☐
Sëmundje muskulare (distrofi muskulare)?	☐	☐
Çrregullime psikiatrike (autizëm, ADHD, çrregullim ushqyerjeje, ankth)?	☐	☐
Sëmundje të tjera??	☐	☐
Alergjia dhe intoleranca? Nëse PO, cilat?	☐	☐
(Sillni kartelën e alergjisë ditën e ndërhyrjes)	☐	☐

Name:

A merr fëmija rregullisht ilaçe?	☐	☐
Nëse PO, cilat?		
A konsumon (adoleshenti) nikotinë, alkool, drogë?	☐	☐
Çfarë dhe sa shpesh?		
A ka fëmija dhëmbë të lëvizshëm ("dhëmbë qumështi")?	☐	☐
A pini duhan ju (prindër/kujdestarë)?	☐	☐

SHËNIME/PYETJE

--

Ju lutemi njoftoni nëse gjendja shëndetësore ndryshon para ndërhyrjes (ftohje, temperaturë, ilaçe të reja etj.)

Formularin e plotësuar dërgojeni jo më vonë se 5 ditë para datës së planifikuar në:

AnästhesieZentrum.ch AG, Schaffhauserstrasse 124, 8057 Zürich, ose në email: anaesthesiezentrum@hin.ch

Vendi:

Nënshkrimi:

Kushtet e Përgjithshme/Politika e Privatësisë

Unë konfirmoj me nënshkrimin tim se jam dakord me përpunimin e të dhënave të fëmijës tim, me qasjen në të dhëna nga mjekja ose mjeku si dhe me transmetimin e të dhënave të palët e treta sipas informacionit për pacientët në faqen e mëparshme. Po ashtu, unë autorizoj mjekët e AnästhesieZentrum.ch AG që të mund të marrin të dhëna mjekësore nga mjekë të tjerë ose institucione mjekësore.

Jam i vetëdijshëm për rreziqet e mundshme të shkëmbimit të të dhënave të personit veçanërisht të mbrojtura (mundësia e shikimit nga persona të paautorizuar përmes rrugëve të pasigurta të komunikimit) si dhe për të drejtat e mia dhe jap pëlqimin tim për kontaktin e ndërsjellë midis mjekes/mjekut tim dhe meje si pacient, përmes informacioneve të kontaktit të mësipërme. Informacionet e pacientit transmetohen nga kabineti mjekësor vetëm nëpërmjet rrugëve të sigurt të komunikimit. Jam dakord që çështjet administrative, si për shembull ndryshimet e takimeve, të bëhen përmes komunikimit me e-mail të paenkriptuar.

Përpunimi (mbledhja, ruajtja, përdorimi si dhe arkivimi) i të dhënave të pacientit kryhet në bazë të kontratës së trajtimit dhe dispozitave ligjore për përmbytjen e qëllimit të trajtimit si dhe të detyrimeve të lidhura me të. Mbledhja e të dhënave kryhet, nga njëra anë, nga mjekja/mjeku që trajton gjatë trajtimit. Nga ana tjetër, ne marrim gjithashtu të dhëna nga mjekë dhe profesionistë të tjerë shëndetësorë të cilët fëmija juaj ka qenë ose është në trajtim, nëse ju keni dhënë pëlqimin për këtë. Në kartelën mjekësore përpunohen vetëm të dhëna që lidhen me trajtimin mjekësor. Kartela mjekësore përfshin të dhënat personale të dhëna në formularin e pacientit, si të dhënat personale, të dhënat e kontaktit dhe të sigurimit, si dhe ndër të tjera bisedën sqaruese të kryer në kuadër të trajtimit, të dhënat shëndetësore të mbledhura si anamnezat, diagnozat, propozimet terapeutike dhe gjetjet.

Ju keni deri në arrijtjen e ditëlindjes së 18-të të fëmijës suaj të drejtën në çdo kohë të merrni informacion mbi të dhënat personale të fëmijës suaj. Ju mund të shihni kartelën tuaj mjekësore ose të kërkonit një kopje. Dorëzimi i kopjes mund të jetë me pagesë. Çdo kosto e mundshme, e cila varet nga përpjekja për përgatitjen e kopjes, do t'ju bëhet e ditur paraprakisht.

Me nënshkrimin e këtij dokumenti, unë gjithashtu pranoj Kushtet e Përgjithshme të AnästhesieZentrum.ch AG, të cilat mund t'i qaseni në çdo kohë përmes lidhjes së mëposhtme: <https://www.anaesthesiezentrum.ch/terms-and-conditions>

Vendi

Nënshkrimi: