

Ankieta wstępnej kwalifikacji do zabiegu zmniejszenia objętości żołądka techniką endoskopowej gastroplastyki rękawowej **Overstitch (ESG)**.

Przed wypełnieniem ankiety należy zapoznać się z materiałami informacyjnymi dotyczącymi procedury endoskopowej gastroplastyki rękawowej, które są dostępne na stronie Szpitala Certus www.certus.med.pl, w szczególności z informacjami dotyczącymi możliwych powikłań związanych z zabiegiem oraz skutecznością zabiegu. Należy zdawać sobie sprawę i w pełni rozumieć, że nie stosowanie się do zaleceń dietetycznych oraz brak profesjonalnej opieki dietetycznej długoterminowej będzie skutkowało brakiem utraty masy pomimo wykonanego zabiegu endoskopowej gastroplastyki rękawowej.

Imię i Nazwisko

Dane kontaktowe (numer telefonu i e-mail)

Wiek

Wzrost

Aktualna waga

Najwyższa zanotowana waga

Najniższa zanotowana waga (w wieku dojrzałym)

Oczekiwana waga

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy nastąpiła zmiana wagi?

TAK / NIE

(jeśli TAK proszę opisać jej charakter)

Czy poddawał/a się Pan/Pani jakimkolwiek zabiegom bariatrycznym w przeszłości

(balon lub inne zabiegi endoskopowe, zabiegi operacyjne)?

TAK (jakiego typu) / NIE

Czy jest Pan/Pani pod stałą (dłużej niż 3 miesiące) opieką profesjonalnego dietetyka lub był w przeszłości?

TAK / NIE (jeśli TAK to jakie były efekty?)

Czy przebył/a Pan/Pani operacje brzuszne w przeszłości?

TAK / NIE (jeśli TAK to jakie?)

Proszę podać wszystkie choroby przewlekłe na które jest Pan/Pani leczony?

Proszę podać wszystkich lekarzy specjalistów pod których opieką jest Pani/Pan obecnie (np. kardiologii, endokrynolog, diabetolog itd.)

Proszę podać (nazwy) wszystkie obecnie stosowane leki.
