Wniosek o objęcie opieką Fundacji Niezdiagnozowani

*Szanowni Państwo,*

*Uprzejmie prosimy o wypełnienie niniejszego formularza historii choroby. Informacje zawarte przez Państwa w dokumencie są uznane za stan faktyczny, a jakakolwiek niezgodność informacji ze stanem faktycznym jest odpowiedzialnością wypełniającego. Proszę mieć na uwadze, że niniejszy formularz będzie dla nas bardzo pomocny w porządkowaniu informacji i opracowywaniu w przyszłości dokumentów opisu Państwa przypadku pomocnych w analizie dla specjalistów*.

Po odesłaniu wypełnionego formularzu prosimy o kontakt z Panią Agnieszką Górecką (Wiceprezes Fundacji) w formie smsa z Państwa imieniem i nazwiskiem oraz zapytaniem o możliwy termin rozmowy telefonicznej**: 531 105 888.**

1. **Metryczka:** wiek……………………, waga…………………….,wzrost…………………
2. **Główne informacje** - *Prosimy o uzupełnienie lub wpisanie „brak” jeśli dane pole jest nieadekwatne do Państwa przypadku np. „dotychczasowe rozpoznania”:*

* **Dotychczasowe rozpoznania**:
* **Nawracające nieprawidłowości w wynikach lub objawy**:
* **Rozpoznania w toku**:
* **Wykluczone choroby**:
* **Liczba hospitalizacji**:
* **Liczba wizyt u różnych specjalistów, specjalizacje odwiedzonych specjalistów:**

1. **Jakiego rodzaju wsparcia oczekujecie Państwo od fundacji i w jakim czasie? Na tej podstawie będzie nam łatwiej ocenić z zespołem i specjalistami, czy jesteśmy stanie sprostać tym oczekiwaniom.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj wsparcia przez Fundację, którego Państwo oczekują (***opcje do to m.in.: wsparcie psychologiczne, diagnostyczne, zbiórkowe, research specjalistów itp.)* | **W jakim czasie oczekujecie Państwo realizacji danego obszaru wsparcia?** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Prosimy o oznaczenie w poniższej tabeli układu, którego dotykają doświadczane przez Państwa dolegliwości oraz specyfikacji postaci dolegliwości. Jeśli któraś z dolegliwości została przypisana przez specjalistów chorobie z konkretnej specjalizacji prosimy również o odnotowanie tego faktu w tabeli.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Układ dotknięty objawem** | **Objaw** | **Termin pojawienia się objawu po raz pierwszy** | **Przypisanie objawu do częściowego rozpoznania (jeśli jakiś specjalista przypisał dolegliwości przypuszczane źródło)** |
| Układ pokarmowy |  |  |  |
| Układ nerwowy |  |  |  |
| Układ krwionośny |  |  |  |
| Układ kostny |  |  |  |
| Skóra i tkanka łączna |  |  |  |
| Układ oddechowy |  |  |  |
| Układ rozrodczy |  |  |  |

1. **Historia hospitalizacji / rozpoznań**

Jeśli w trakcie diagnostyki przebyli Państwo diagnostykę na oddziale szpitalnym, uprzejmie prosimy o wskazanie miejsca diagnostyki, terminu hospitalizacji oraz przypuszczalnego rozpoznania/ kierunku rozpoznania.

**3A. Historia wyników hospitalizacji**

| **Miejsce hospitalizacji** | **Daty hospitalizacji** | **Przypuszczalne rozpoznanie / kierunek rozpoznania** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**3B. Lista potencjalnych podejrzeń / rozpoznań w poszczególnych specjalizacjach** – *proszę wskazać schorzenia zdiagnozowane lub podejrzenia lekarzy co do posiadanych schorzeń i zaznaczyć specjalizację której dotyczy rozpoznanie np. immunologia, neurologia, reumatologia itp. Jeśli nie mają Państwo żadnego rozpoznania, a jedynie podejrzenia, proszę pozostawić puste pola dot. rozpoznań.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rozpoznanie częściowe** | **Podejrzenie** | **Specjalizacja, której dotyczy rozpoznanie / podejrzenie (np. immunologia, neurologia)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Przyjmowane leki oraz ewentualne skutki uboczne przyjmowanych leków**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa leku** | **Cel przyjmowania leku** | **Częstotliwość przyjmowania leku** | **Odczuwane skutki uboczne leku (jeśli takie Państwo obserwują)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Zidentyfikowane do tej pory nieprawidłowości w morfologii**

*Uprzejmie prosimy o wskazanie w poniższej tabeli wyników badań z krwi, które mogły nasuwać podejrzenie nieprawidłowości i odbiegały od normy. Prosimy również o odnotowanie, czy nieprawidłowość miała charakter ciągły, czy wystąpiła w wynikach jednorazowo lub po wdrożeniu nowego leku*.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wskaźnik – prosimy wskazać wskaźników wyników z krwi, w którego poziomie w trakcie diagnostyki wystąpiły odchylenia od normy.** | **Proszę oznaczyć pogrubioną czcionką, czy mieli Państwo do czynienia ze zbyt wysokim czy zbyt niskim poziomem wskaźnika.** | **Prosimy o zaznaczenie pogrubioną czcionką, czy odchylenia wskaźnika od normy były powtarzalne, czy jednorazowe lub powtarzalne ale po wdrożeniu leku.** |
|  | Poziom za wysoki / Poziom za niski | Powtarzalne / Jednorazowe / powtarzalne odkąd biorę lek |
|  | Poziom za wysoki / Poziom za niski | Powtarzalne / Jednorazowe / powtarzalne odkąd biorę lek |
|  | Poziom za wysoki / Poziom za niski | Powtarzalne / Jednorazowe / powtarzalne odkąd biorę lek |
|  | Poziom za wysoki / Poziom za niski | Powtarzalne / Jednorazowe / powtarzalne odkąd biorę lek |
|  | Poziom za wysoki / Poziom za niski | Powtarzalne / Jednorazowe / powtarzalne odkąd biorę lek |
|  | Poziom za wysoki / Poziom za niski | Powtarzalne / Jednorazowe / powtarzalne odkąd biorę lek |
|  | Poziom za wysoki / Poziom za niski | Powtarzalne / Jednorazowe / powtarzalne odkąd biorę lek |
|  | Poziom za wysoki / Poziom za niski | Powtarzalne / Jednorazowe / powtarzalne odkąd biorę lek |

1. **Dotychczasowe badania obrazowe.**

*Prosimy o wskazanie dotychczas wykonanych badań obrazowych, jeśli były zasadne w diagnostyce oraz ich terminu i wyniku. Znajomość terminu ostatniego badania ułatwi ocenę, czy warto powtórzyć dane badanie w celach kontrolnych.*

| **Rodzaj badania** | **Termin badania** | **Wynik (jeśli badanie wyszło w porządku, wystarczy wpisać „OK”** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Wywiad rodziny**

*Prosimy o informację o chorobach immunologicznych / onkologicznych / genetycznych lub rzadkich, jeśli występują one w Państwa najbliższej rodzinie (rodzice, dziadkowie, rodzeństwo rodziców)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Stopień pokrewieństwa (prosimy o pogrubienie, który stopień pokrewieństwa posiada chora osoba)** | **Choroba osoby z rodziny – prosimy o wpisane nazwy choroby** |
| Rodzice / Dziadkowie / Rodzeństwo |  |
| Rodzice / Dziadkowie / Rodzeństwo |  |
| Rodzice / Dziadkowie / Rodzeństwo |  |
| Rodzice / Dziadkowie / Rodzeństwo |  |

1. **Informacje o wystąpieniu lub braku diagnostyki psychiatrycznej**

*Prosimy o wskazanie zgodnie ze stanem faktycznym ewentualnych podejrzeń lub już rozpoznanych u Państwa chorób psychicznych. Niniejsza informacja ma przede wszystkim na celu wiedzę o jakości potrzebnego Państwu wsparcia psychologiczne, jeśli jest zasadna np. jego zwiększona skala.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Zaburzenie o podłoży psychicznym (podejrzewane lub zdiagnozowane)** | **Czy są Państwo lub Państwa podopieczni pod opieką terapeuty? Prosimy o oznaczenie pogrubioną czcionką poprawnej odpowiedzi.** |
|  | TAK/NIE |