	Klinika za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević", Zagreb	STRANICA: 1/2
	UPITNIK ZA CITOLOŠKU PRETRAGU URINA	OB-ZB.8-1.0

UPITNIK ZA CITOLOŠKU PRETRAGU URINA


Citološka pretraga urina koristi se za pregled stanica u urinu pod mikroskopom kako bi se otkrile i pratile bolesti mokraćnog sustava.

Prezime i ime:		
Datum rođenja:		
Spol:	<input type="checkbox"/> ženski	<input type="checkbox"/> muški
Kontakt broj telefona / mobitela:		
Kontakt e-mail:		

Upišite tegobe zbog kojih dolazite na citološku pretragu urina:	
Tko Vas upućuje na citološku pretragu urina?	<input type="checkbox"/> liječnik obiteljske / opće medicine
	<input type="checkbox"/> liječnik specijalist – koji?

Ukoliko na bilo koje pitanje odgovorite s „DA“, molimo Vas da upišete dodatne informacije u predviđeni prostor te priložite medicinsku dokumentaciju.

PITANJE	ODGOVOR		DODATNE INFORMACIJE
	NE	DA	
Prvi puta radim citološku pretragu urina.	NE	DA	
Noću ustajem mokriti.	NE	DA	Koliko puta?
Imam ponavljajuće urinarne infekcije.	NE	DA	Koliko dugo?
Trenutno pijem antibiotik.	NE	DA	Koji antibiotik?
Antibiotik sam zadnji put koristio/la unutar mjesec dana.	NE	DA	Kada je uzeta posljednja doza antibiotika?
Povremeno pijem uroantiseptik.	NE	DA	Kada je bilo zadnje uzimanje?
Imam kamence u mokraćnom sustavu.	NE	DA	Kada je bio zadnji napad?

	Klinika za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević", Zagreb	STRANICA: 2/2
	UPITNIK ZA CITOLOŠKU PRETRAGU URINA	OB-ZB.8-1.0

Imam malignu bolest urotrakta.	NE	DA	Kada je postavljena dijagnoza?
			Kada je provedeno liječenje?
	Koja vrsta liječenja je provedena:		<input type="checkbox"/> operativno <input type="checkbox"/> zračenjem <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> kemoterapijom
Imam transplantirani bubreg.	NE	DA	Kada je bila transplantacija?
Imam odstranjen mokraćni mjehur, a novi je formiran od crijeva.	NE	DA	Kada je bio zahvat?
Imam ugrađenu urinarnu JJ protezu.	NE	DA	Kada je bio zahvat?
Imam kateter u mokraćnom mjehuru.	NE	DA	Koji je razlog za uvođenje katetera ?
Imam drugu malignu bolest.	NE	DA	Koju?
Pušač/ica sam.	NE	DA	Koliko dugo?
Koristim lijekove protiv zgrušavanja krvi:	NE	DA	Koji lijek uzimate?

ZA ŽENE			
Imam menstruacijski ciklus.	NE	DA	Datum zadnje menstruacije?
Zadnji ginekološki pregled bio je:	UREDAN	PATOLOŠKI	Kada je bio pregled?
Zadnji Papa test bio je:	UREDAN	PATOLOŠKI	Kada je bio Papa test? Dijagnoza:

U Zagrebu, dana	
Potpis pacijenta: <i>ILI ime i prezime te potpis zakonskog zastupnika/skrbnika:</i>	