

Nazwisko mieszkańca:

Data:

Nazwisko osoby dokonującej oceny:

POCZĄTEK LUB NASILENIE WCZEŚNIEJ WYSTĘPUJĄCYCH OBJAWÓW ZE STRONY DOLNYCH DRÓG MOCZOWYCH

| | TAK | NIE |
|---|-----|-----|
| Dysuria (ból lub pieczenie podczas oddawania moczu) | | |
| Częste oddawanie moczu | | |
| Parcie na mocz | | |
| Nietrzymanie moczu | | |
| Ból nadłonowy lub ból/dyskomfort w podbrzuszu | | |
| Ból, obrzęk lub tkliwość jąder, najądrzy lub prostaty | | |

POGORZENIE STANU PSYCHICZNEGO LUB FUNKCJONOWANIA

| | TAK | NIE |
|--|-----|-----|
| Ostra dezorientacja | | |
| Nagła zmiana zachowania (majaczenie, pobudzenie, apatia) | | |
| Ostre ogólnie złe samopoczucie | | |
| Utrata apetytu (również wymioty, nudności) | | |
| Zmniejszone spożycie płynów | | |

INNE OBJAWY

| | TAK | NIE |
|---|-----|-----|
| Nowo występujący ból w okolicy lędźwiowej lub tkliwość kąta nerkowego | | |
| ≥ 1 objaw ogólnoustrojowy (gorączka ≥ 38°C, dreszcze) | | |

Wnioski:

| | TAK | NIE |
|------------------------------|-----|-----|
| Skontaktowano się z lekarzem | | |

