



Praskie Centrum Medyczne N.Z.O.Z.

Imię i Nazwisko:.....Wiek:.....

	TAK/NIE	Opis uzupełniający:
Czy pamiętasz ugryzienie przez kleszcza?		Ile razy/miesiąc/rok
Czy pamiętasz rumień w miejscu ugryzienia?		Wielkość/wygląd
Czy po ugryzieniu wystąpiło złe samopoczucie? gorączka, bóle mięśni?		W jakim okresie od ugryzienia?
OBJAWY AKTUALNIE: (TAK lub NIE)		
Zmęczenie		
Ociężałość		
Zaburzenia koncentracji		
Problemy z pamięcią		
Bóle głowy		
Podwójne widzenie		
Wrażliwość na światło		
Szumy w uszach		
Tiki mięśniowe		
Bóle i kurcze mięśni		
Bóle stawów		Które najczęściej:
Sztwność szyi		
Nocne poty		
Poranne zmęczenie		
Zmiany nastroju, drażliwość, depresje		
Zaburzenia libido		



Praskie Centrum Medyczne N.Z.O.Z.

Palpitacje serca		Jaki rodzaj zaburzeń rytmu serca? Od kiedy
Skoki ciśnienia		
Bóle brzucha		Jak często, od kiedy?
zaparcia		
biegunki		
poronienia		Ile razy?
„Niechęć” do alkoholu / nietolerancja, inne.. /		

INNE OBJAWY →	
---------------	--

INNE CHOROBY:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

Obecnie stosowane leki/z jakiego powodu?/:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

Uczulenia na leki:

- 1.....
- 2.....

Ostatnio zażywane antybiotyki/od kiedy?

.....
.....

MIEJSCOWOŚĆ, DATA.....

PODPIS.....