

Ek-3: Tedavi Öncesi Formu

Hasta Adı-Soyadı: _____

Tarih: _____

Yaş: _____

Cinsiyet: _____

ASA Skoru: _____

Boy (cm): _____

Ağırlık (kg): _____

VKİ: _____

Sigara kullanımı

- ☐ Evet gün/paket yıl
- ☐ Hayır

Ek Hastalıklar

- ☐ Yok
- ☐ HT
- ☐ DM
- ☐ KAH
- ☐ KOAH
- ☐ Diğer (Lütfen belirtiniz)

Doğum öyküsü

- ☐ Var Vajinal (sayı)
- Sezeryan (sayı)
- ☐ Yok

Gebelik durumu

- ☐ Evet Trimester
- Kaçıncı gebelik
- ☐ Hayır

Geçirilmiş Ameliyatlar (Proktolojik)

Geçirilmiş Ameliyatlar (Proktolojik olmayan)

Hastanın Şikayeti:

- | | |
|---|--|
| ☐ Kanama | ☐ Dışkılamada zorluk |
| ☐ Islaklık hissi | ☐ Dışkılarken dışkıyı tam boşaltamama hissi |
| ☐ Akıntı | ☐ Kabızlık |
| ☐ Kaşıntı | ☐ İshal |
| ☐ Ele gelen şişlik | ☐ Ağrı (süresi Saat) |

Muayene Bulguları:

Tromboze pake sayısı: _____

Eşlik eden nekroz veya gangren

☐ Var

☐ Yok

Diğer belirtilmek istenen bulgular: