Ερωτηματολόγιο για τον ιατρό

΄Ονομα ασθενή:

Ημερομηνία γέννησης:

Εθνικότητα:

Ημερομηνία διάγνωσης:

Ιστολογία (TNM κατάταξη, βαθμός) Αριθμός Αρχείου:

Προηγούμενες κακοήθειες, κυτταροστατική θεραπεία, ακτινοβολία:
(με διευκρίνιση του έτους, αντίστ.)

Υποτροπές:

Θεραπεία:

Αφαίρεση προστάτη: ☐ Κυτταροστατική θεραπεία: ☐ Ριζική κυστεκτομή: ☐

Ακτινοβολία ☐ Λέιζερ ☐ Άλλη θεραπεία ☐

Ερωτηματολόγιο για τον Ιατρό

Κρεατινίνη > 1.8 mg/d: ναι: ☐ όχι: ☐

Χολερυθρίνη > 1.5 mg/d: ναι: ☐ όχι: ☐

Συνεχιζόμενη Κυτταροστ. θεραπεία: ναι: ☐ όχι: ☐

Κατάχρηση αλκοόλ: ναι: ☐ όχι: ☐

Θεραπεία: ναι: ☐ όχι: ☐

Όνομα φαρμάκων:

.....

.....

.....

Αφαίρεση σκωληκοειδούς απόφυσης: ναι: ☐ όχι: ☐ .....(Έτος)

Αφαίρεση αμυγδαλών αδένων: ναι: ☐ όχι: ☐ .....(Έτος)

Διαβήτης: ναι: ☐ όχι: ☐ ..... (Έτος)

Φυματίωση: ναι: ☐ όχι: ☐ ..... (Έτος)

Ύψος: ..... m

Βάρος: ..... kg

Διάφορα:

Ερωτηματολόγιο

1. Επαγγελματικό ιστορικό:

Παρακαλώ υποδείξατε όλα τα επαγέλματα και τις εργασίες στις οποίες έχετε απασχοληθεί για περισσότερο από 6 μήνες. Διευκρινίσατε την εργασία με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ακρίβεια, π.χ. όχι «εργάτης» αλλά «εργάτης στο χημικό τμήμα παραγωγής βαφών», «μπογιατζής σε ναυπηγείο», «εργάτης σε κατασκευές ασφαλτοδρόμων», «εργάτης σε υφαντουργείο στο τμήμα τύπωσης/ βαφής», κλπ. Υποδείξατε μερικά στοιχεία για τις κύριες ασχολίες σας.

Από (έτος)	Έως (έτος)	Επάγγελμα (Εργασία)

2. Έχετε εκτεθεί σε χημικές ουσίες;

ναι: ☐ όχι: ☐

Αν ναι, μπορείτε να αναφέρετε μερικές από αυτές; Με ποιο τρόπο χρησιμοποιήθηκαν;
(χρήση από ..... έως .....)

Έχετε εκτεθεί

συνέχεια: ☐ συχνά: ☐ σπάνια: ☐

από (έτος) ..... έως (έτος) .....

3. Έχετε εκτεθεί σε χρωστικές/βαφές;

ναι: ☐ όχι: ☐

Αν ναι, μπορείτε να ονομάσετε μερικές από αυτές; Με ποιο τρόπο τις χρησιμοποιήσατε;
(χρήση από ..... έως.....)

Έχετε εκτεθεί

συνέχεια: ☐ συχνά: ☐ σπάνια: ☐

από (έτος) ..... έως (έτος) .....

4. Θυμάστε συγκεκριμένα έκθεση σε αρωματικές αμίνες;
(π.χ βενζιδίνη, φουσκίνη, ροδανιλίνη (ματζέντα), αουραμίνη κλπ.)

ναι: ☐ όχι: ☐

(χρήση/έκθεση από ..... έως .....)

5. Έχετε εκτεθεί σε πίσσα ή προϊόντα πίσσας;

ναι: ☐ όχι: ☐

<u>αν ναι</u>,

συνέχεια: ☐ συχνά: ☐ σπάνια: ☐

από (έτος) ..... έως (έτος) .....

σε **<u>κατράμι</u>**

ναι: ☐ όχι: ☐

<u>αν ναι</u>,

συνέχεια: ☐ συχνά: ☐ σπάνια: ☐

από (έτος) ..... έως (έτος) .....

σε **<u>άσφαλτο</u>**

ναι: ☐ όχι: ☐

<u>αν ναι</u>,

συνέχεια: ☐ συχνά: ☐ σπάνια: ☐

από (έτος) ..... έως (έτος) .....

σε **<u>προϊόντα καύσης</u>** (π.χ. αναθυμιάσεις, κάπνα κλπ) έξω από εγκαταστάσεις επεξεργασίας λιθάνθρακα και κλίβανους;

ναι: ☐ όχι: ☐

<u>Αν ναι</u>,

συνέχεια: ☐ συχνά: ☐ σπάνια: ☐

από (έτος) .....έως (έτος) .....

6. Έχετε εκτεθεί σε εγκατάσταση επεξεργασίας λιθάνθρακα;

ναι: ☐ όχι: ☐

<u>Αν ναι</u>,

συνέχεια: ☐ συχνά: ☐ σπάνια: ☐

από (έτος) ..... έως (έτος) .....

7. Έχετε εργαστεί σε κλίβανο;

ναι: ☐ όχι: ☐

<u>Αν ναι</u>

συνέχεια: ☐ συχνά: ☐ σπάνια: ☐

από (έτος) ..... έως (έτος) .....

8. Έχετε εργαστεί ως ανθρακωρύχος;

ναι: ☐ όχι: ☐

Αν ναι

κάρβουνο ☐ αλάτι ☐ λιθάνθρακας ☐ ..... ☐

από (έτος) ..... έως (έτος) .....

κατά συνέπεια υπογείως

ως .....

από (έτος) ..... έως (έτος) .....

ως .....

από (έτος) ..... έως (έτος) .....

9. Έχετε εργαστεί ως ελαιοχρωματιστής/ λούστρος;

ναι: ☐ όχι: ☐

Αν ναι,

από (έτος) ..... έως (έτος) .....

10. Έχετε εκτεθεί σε οργανικούς διαλύτες στο χώρο εργασίας;

ναι: ☐ όχι: ☐

Αν ναι,

συνέχεια: ☐ συχνά: ☐ σπάνια: ☐

από (έτος) ..... έως (έτος) .....

Μπορείτε να διευκρινίσετε για ποιά εργασία χρησιμοποιήσατε ποιό διαλύτη;

---

11. Έχετε εκτεθεί σε τριχλωροαιθυλένιο (τρι, τριχλωροαιθένιο) στο χώρο εργασίας σας;
(π.χ. απολίπανση/ λίπανση μετάλλων, στεγνό καθάρισμα)

ναι: ☐ όχι: ☐

Αν ναι,

συνέχεια: ☐ συχνά: ☐ σπάνια: ☐

από (έτος) ..... έως (έτος) .....

Μπορείτε να αναφέρετε για ποιά δραστηριότητα χρησιμοποιήσατε τριχλωροαιθυλένιο;

Υπήρξαν συμπτώματα δηλητηρίασης κατά τη διάρκεια της έκθεσης σε τριχλωροαιθυλένιο (π.χ. μέθη, υπνηλία κλπ);

ποτέ ☐
μία φορά την ημέρα ☐
μία φορά την εβδομάδα ☐
μία φορά το μήνα ☐

ή: .....

12. Έχετε εκτεθεί σε τετραχλωροαιθυλένιο (περχλωροαιθυλένιο) στο χώρο της εργασίας σας;
(π.χ. απολίπανση/ λίπανση μετάλλων, στεγνό καθάρισμα)

ναι: ☐ όχι: ☐

Αν ναι,

συνέχεια: ☐ σπάνια: ☐ συχνά: ☐

από (έτος) ..... έως (έτος) .....

Μπορείτε να διευκρινίσετε για ποιά δραστηριότητα χρησιμοποιήσατε περχλωροαιθυλένιο;

Υπήρξαν συμπτώματα δηλητηρίασης κατά τη διάρκεια της έκθεσης σε περχλωροαιθυλένιο (π.χ. μέθη, υπνηλία κλπ);

ποτέ ☐
μία φορά την ημέρα ☐
μία φορά την εβδομάδα ☐
μία φορά το μήνα ☐

ή: .....

13. Έχετε εκτεθεί σε μη/χλωριωμένους οργανικούς διαλύτες (π.χ. βενζίνη, στυρένιο, κόλλες, διαλυτικά, βαφές με βάση διαλύτες);

ναι: ☐ όχι: ☐

Αν ναι,

συνέχεια: ☐ συχνά: ☐ σπάνια: ☐

από (έτος) ..... έως (έτος) .....

Μπορείτε να διευκρινίσετε για ποιά δραστηριότητα χρησιμοποιήσατε ποιό μηχλωριωμένο διαλύτη;

Υπήρξαν συμπτώματα δηλητηρίασης κατά τη διάρκεια της έκθεσης σε μηχλωριωμένους διαλύτες (π.χ. μέθη, υπνηλία κλπ);

ποτέ ☐
μία φορά την ημέρα ☐
μία φορά την εβδομάδα ☐
μία φορά το μήνα ☐

ή: .....

14. Έχετε εργαστεί σε βιομηχανία ελαστικών;

ναι: ☐ όχι: ☐

Αν ναι:

από (έτος) ..... έως (έτος) .....

Αν ναι:

στο τμήμα παραγωγής

ναι: ☐ όχι: ☐

Αν ναι:

από (έτος) ..... έως (έτος) .....

μίξης ακατέργαστου υλικού

ναι: ☐ όχι: ☐

από (έτος) ..... έως (έτος) .....

στο τμήμα θέρμανσης των ελαστικών

ναι: ☐ όχι: ☐

από (έτος) ..... έως (έτος) .....

στο τμήμα μηχανικής επεξεργασίας των ελαστικών

ναι: ☐ όχι: ☐

από (έτος) ..... έως (έτος) .....

στο τμήμα χημικής επεξεργασίας των ελαστικών

ναι: ☐ όχι: ☐

από (έτος) ..... έως (έτος) .....

στο τμήμα αποθήκευσης των ελαστικών

ναι: ☐ όχι: ☐

από (έτος) ..... έως (έτος) .....

Πρόσθετα σχόλια που αφορούν τις δραστηριότητες σας στη <u>βιομηχανία ελαστικών</u>

---

15. Έχετε εκτεθεί σε αμίαντο λόγω του επαγγέλματός σας;

ναι: ☐ όχι: ☐

<u>Αν ναι:</u>

συνέχεια: ☐ συχνά: ☐ σπάνια: ☐

από (έτος) ..... έως (έτος) .....

16. Έχετε χειριστεί <u>εκρηκτικά</u> ή έχετε εκτεθεί σε εκρηκτικά στο χώρο εργασίας σας; (π.χ. δυναμίτη, κατασκευή πυρομαχικών, προετοιμασία για εκτίναξη βράχων ή παλιών κτιρίων κλπ)

ναι: ☐ όχι: ☐

<u>Αν ναι:</u>

από (έτος): ..... έως (έτος): .....

Μπορείτε να διευκρινίσετε αυτά τα υλικά;

Αισθανθήκατε ή υποφέρατε από πονκέφαλο κατά τη διάρκεια μιας τέτοιας έκθεσης;

ναι: ☐ όχι: ☐

Αν ναι, πόσο συχνά; _____

Έχετε εκτεθεί σε δι-νιτροτολουένιο (DNT) στο χώρο της εργασίας σας;

ναι: ☐ όχι: ☐ δε γνωρίζω: ☐

Αν ναι:

συνέχεια: ☐ συχνά: ☐ σπάνια: ☐

από (έτος) ..... έως (έτος).....

Έχετε εκτεθεί σε τρι-νιτροτολουένιο (TNT) στο χώρο της εργασίας σας;

ναι: ☐ όχι: ☐ δε γνωρίζω: ☐

Αν ναι:

συνέχεια: ☐ συχνά: ☐ σπάνια: ☐

από (έτος) ..... έως (έτος).....

17. Έχετε εργαστεί σε βιομηχανία επεξεργασίας δέρματος (βυρσοδεψείο);

ναι: ☐ όχι: ☐

Αν ναι:

από (έτος): ..... έως (έτος): .....

Στο τμήμα καθαρισμού, πλυσίματος του δέρματος;

ναι: ☐ όχι: ☐

Τι είδους χημικά χρησιμοποιήσατε; Μπορείτε να τα αναφέρετε;

_____

Στο <u>τμήμα βαφής</u> του δέρματος;

ναι: ☐ όχι: ☐

Σε χώρο με <u>ξύσματα/ σκόνη από δέρμα</u>?

ναι: ☐ όχι: ☐

18. Έχετε εκτεθεί σε αγρο-χημικά κατά τη διάρκεια της εργασίας σας;

ναι: ☐ όχι: ☐

<u>Αν ναι:</u>

από (έτος): ..... έως (έτος): .....

Αναφέρετε το όνομα τέτοιων αγρο/χημικών .....

.....

.....

19. Έχετε εργαστεί σε βιομηχανία πετρελαιοειδών προϊόντων;

ναι: ☐ όχι: ☐

<u>Αν ναι:</u>

από (έτος): ..... έως (έτος): .....

Ποιά είδη πετρελαιοειδών προϊόντων παρασκευαζόταν; Μπορείτε να τα ονομάσετε;

.....

.....

20. Παίρνετε <u>παυσίπονα</u>; Έχετε πάρει παυσίπονα στο παρελθόν;

ναι: ☐ όχι: ☐

<u>Αν ναι</u>, ποιά;

Πόσο συχνά;

Λιγότερα από 10 χάπια/έτος	☐	από (έτος) ..... έως (έτος) .....
έως 50 χάπια/έτος	☐	από (έτος) ..... έως (έτος) .....
έως 100 χάπια/έτος	☐	από (έτος) ..... έως (έτος) .....
έως 350 χάπια/έτος	☐	από (έτος) ..... έως (έτος) .....
πάνω από 350 χάπια/’ετος	☐	από (έτος) ..... έως (έτος) .....

21. <u>Κάπνισμα</u>

Καπνίζετε;

ναι: ☐ όχι: ☐

Υπήρξατε ποτέ καπνιστής/-ίστρια

ναι: ☐ όχι: ☐

<u>Αν ναι</u>, τί καπνίζετε και πόσο;

Τσιγάρα την ημέρα	☐	από (έτος) ..... έως (έτος) .....
πούρα την ημέρα	☐	από (έτος) ..... έως (έτος) .....
πίπες την ημέρα	☐	από (έτος) ..... έως (έτος) .....
καπνός	☐	από (έτος) ..... έως (έτος) .....

Πρόσθετα σχόλια σχετικά με την κατανάλωση καπνού:

---

22. Υποφέρατε από <u>μολύνσεις του ουροποιητικού</u> πριν από 10 χρόνια τουλάχιστον, οι οποίες αντιμετωπίστηκαν με φάρμακα;

καμία ☐
το πολύ μία ανά έτος ☐
αρκετές ανά έτος ☐

23. Είσαστε <u>υποχρεωμένος σε προληπτικό ιατρικό έλεγχο</u> στα πλαίσια της επαγγελματικής ιατρικής, απαιτούμενο από την πολιτεία;

ναι: ☐ όχι: ☐

<u>Αν ναι,</u> παρακαλώ περιγράψτε

---

24. Γνωρίζετε ασθένειες της ουροδόχου κύστης στην οικογένειά σας;

ναι: ☐ όχι: ☐

<u>Αν ναι</u>, ποιές;

Αναφέρετε το βαθμό συγγένειας (π.χ. παππούδες, γονείς, αδέλφια, παιδιά κλπ).

---

25. Αναφέρετε τις ασχολίες κατά τον ελεύθερο χρόνο σας (κηπουρική, χειροτεχνίες, ζωγραφική, ψάρεμα κλπ).

---

26. Παρακαλώ αναφέρετε τον τόπο γέννησης και όλες τις τοποθεσίες όπου είχατε κατοικία για περισσότερο από 10 χρόνια

Τόπος γέννησης .....…… περιοχή .....……....

Από (έτος)..... έως (έτος) ..... χωριό .....……. περιοχή……

από (έτος)..... έως (έτος) ..... χωριό .....……. περιοχή……

από (έτος)..... έως (έτος) ..... χωριό .....……. περιοχή……

από (έτος)..... έως (έτος) ..... χωριό .....……. περιοχή……

<u>Έντυπο συναίνεσης:</u>

Συμφωνώ με την επιστημονική ανάλυση των στοιχείων μου, συμπεριλαμβανομένων των ιατρικών αρχείων μου, καθώς και δείγματος αίματος από.....……..... και το Ινστιτούτο Επαγγελματικής Φυσιολογίας του Πανεπιστημίου του Ντόρτμουντ, Γερμανία.

Ημερομηνία: Υπογραφή:

--- ---