

ПРОСИМ ПАЦИЕНТА/ПАЦИЕНТКУ ОТВЕТИТЬ НА СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ:

А) ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ

- **Имя**
- **Фамилия**
- **Дата рождения**
- **Город и адрес проживания**
- **Домашний телефон**
- **Мобильный телефон**
- **Профессия**
- **Место работы / работодатель**
- **Занятия спортом (вид/частота)**

В) МЕДИЦИНСКИЕ ВОПРОСЫ

- **Краткий анамнез**
- **Основные жалобы / симптомы**
- **Дата начала (дебют) симптомов**
- **Были ли подобные эпизоды ранее**
- **Проведённая медикаментозная терапия (указать)**
- **Физическая терапия / физиотерапия (указать)**
- **Эффект от вышеуказанного лечения**
- **Сопутствующие заболевания (значимые)**
- **Перенесённые хирургические операции**
- **Операции на позвоночнике в анамнезе**
- **Медикаментозная терапия по другим заболеваниям (в настоящее время или ранее)**
- **Аллергия на лекарственные препараты (в особенности на антибиотики)**

ВАШИ СИМПТОМЫ УСИЛИВАЮТСЯ, КОГДА (подчеркните один или несколько пунктов):

- **• Ходите**
- **• Сидите**
- **• Стоите на месте (без ходьбы)**
- **• Встаёте с постели**
- **• Лежите в постели**
- **• Водите автомобиль**

-
- **Только боль в спине (справа / слева / с обеих сторон)**
 - **Только боль в ноге (правая / левая)**
 - **Боль в спине и в ноге (правая / левая)**
 - **Боль в спине и в обеих ногах**
 - **Онемение / парестезии (если да — в какой области?)**
 - **Судороги (если да — в какой области?)**

-
- **Выполняли МРТ (магнитно-резонансную томографию)?**
 - **Дата МРТ: _____**

- Выполняли КТ (компьютерную томографию)?
 - Дата КТ: _____
 - Выполняли ЭМГ (электромиографию)?
 - Дата ЭМГ: _____
 - Проходили консультацию невролога?
 - Дата консультации: _____
 - Были ли ранее консультации нейрохирурга / специалиста по хирургии позвоночника или ортопеда?
-

- Знаете ли Вы о методе PLDD (перкутанная лазерная декомпрессия межпозвонкового диска)?
 - От кого или где Вы получили информацию об этом методе? _____
 - Знаете ли Вы об “открытой” микродискэктомии?
 - Знаете ли Вы об эндоскопическом удалении грыжи диска (эндоскопической грыжэктомии)?
-

После консультации у д-ра Джан Паоло Тасси Вы получите **письменное подробное описание процедуры PLDD, ожидаемых результатов, возможных осложнений, сроков восстановления в повседневной жизни и на работе, а также правил, которых необходимо придерживаться.** Вы также получите **подробное информированное согласие**, которое, если Ваш случай будет признан **подходящим** для PLDD, необходимо **внимательно прочитать** перед проведением процедуры.

В конце информированного согласия Вы подтвердите, что **поняли** все пункты, касающиеся PLDD, и поставите **подпись и дату** до выполнения процедуры.

Спасибо за сотрудничество.

Дата Подпись