



# ΙΩΑΝΝΗΣ Δ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

## ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ - ΗΠΑΤΟΛΟΓΟΣ

Απόφοιτος Ιατρικής Σχολής  
Πανεπιστημίου Αθηνών

### ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΘΕΙΣ ΣΤΗ ΓΕΡΜΑΝΙΑ

(Klinikum Herford - Ακαδημαϊκό Νοσοκομείο  
Πανεπιστημίου Ανόβερου)

ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΘΗΝΩΝ - ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΙΚΟΥ

**ΙΑΤΡΕΙΟ:** Ικαρίας 9 **T/F:** 210 80 35 613  
T.K.: 151 27 Μελίσσια **K:** 6973 674 738  
(πλησίον Σισμανόγλειου **E:** ipapad@gastrodoc.gr  
Νοσοκομείου) **http://www.gastrodoc.gr**

Δέχεται με ραντεβού

## Ερωτηματολόγιο πριν από την ενδοσκόπηση (γαστροσκόπηση, κολonosκόπηση)

Σημαντικές ερωτήσεις που θα πρέπει να απαντήσετε προσεκτικά πριν από τη διενέργεια της εξέτασης προκειμένου να ενημερωθεί ο γιατρός για τους κινδύνους και τις πιθανές επιπλοκές:

1. Πάσχετε από κάποια ασθένεια του αίματος ή έχετε αυξημένη τάση για αιμορραγίες; (π.χ. συχνές αιμορραγίες από τη μύτη, συχνά αιματώματα στο δέρμα, μεγάλες απώλειες αίματος μετά τραυματισμούς, εγχειρήσεις ή οδοντιατρικές εργασίες)

NAI OXI

2. Λαμβάνετε αντιπηκτικά φάρμακα, π.χ. ασπιρίνη, Sintrom, ηπαρίνη, Pradaxa ή αναλγητικά φάρμακα για ρευματικά;

NAI OXI

3. Πάσχετε από αλλεργία ή αντιδράσεις υπερευαισθησίας σε φάρμακα, λατέξ, λευκοπλάστ, τοπικά αναισθητικά, π.χ. ξυλοκαΐνη;

NAI OXI

4. Πάσχετε από ασθένειες της καρδιάς, του κυκλοφορικού ή των πνευμόνων, π.χ. καρδιακή ανεπάρκεια, πρόσφατο έμφραγμα, αναπνευστική

ανεπάρκεια, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, άσθμα, βαλβιδοπάθεια ή ιστορικό καρδιακής επέμβασης με αντικατάσταση βαλβίδας;

NAI	OXI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Έχετε βηματοδότη/απινιδωτή;

NAI	OXI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Πάσχετε από οξεία μολυσματική νόσο, π.χ. ιογενή ηπατίτιδα, AIDS ή από κάποια άλλη σοβαρή χρόνια ασθένεια;

NAI	OXI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Παρακαλούμε αναφέρατε την χρόνια ασθένεια:

7. Έχετε διαταραχές του μεταβολισμού, π.χ. σακχαρώδη διαβήτη;

NAI	OXI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Έχετε ιστορικό προηγηθειών επεμβάσεων στο ανώτερο/κατώτερο πεπτικό σύστημα; (π.χ ιστορικό γαστρεκτομής, εγχειρήσεων παγκρέατος, παχέος εντέρου, κλπ.)

NAI	OXI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Έχετε χαλαρά δόντια, τεχνητές οδοντοστοιχίες (γέφυρες, εμφυτεύματα, αφαιρούμενες οδοντοστοιχίες) ή σοβαρή ασθένεια των οδόντων; (σε περίπτωση γαστροσκόπησης)

NAI	OXI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Για γυναίκες σε ηλικία τεκνοποίησης: Υπάρχει περίπτωση εγκυμοσύνης;

NAI	OXI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---