

☐ SAÇ DÖKÜLMESİ – KELLİK

HASTA ANAMNEZ FORMU

1 HASTA KİMLİK BİLGİLERİ

- Ad Soyad:
- Yaş:
- Cinsiyet: ☐ Kadın ☐ Erkek
- Meslek:
- Medeni Durum:
- Telefon / E-posta:
- Başvuru Tarihi:

2 BAŞVURU ŞİKÂYESİ

- ☐ Saç dökülmesi
- ☐ Saç seyrelmesi
- ☐ Bölgesel kellik
- ☐ Ani dökülme
- ☐ Uzun süredir devam eden dökülme

Şikâyetin süresi:

- ☐ < 3 ay ☐ 3–6 ay ☐ 6–12 ay ☐ > 1 yıl

3 SAÇ DÖKÜLMESİNE AİT DETAYLI SORULAR

◆ Başlangıç

- Dökülme ne zaman başladı?
- Ani mi, yavaş mı gelişti?
- Günlük dökülen saç miktarında artış var mı?

◆ Dağılım

- ☐ Tüm saçlı deri (diffüz)
- ☐ Ön saç çizgisi
- ☐ Tepe bölgesi

- ☐ Şakaklar
 - ☐ Yuvarlak / yamalı alanlar
-

4 EŞLİK EDEN BELİRTİLER

- ☐ Kaşıntı
 - ☐ Yanma
 - ☐ Ağrı
 - ☐ Kepek
 - ☐ Kızarıklık
 - ☐ Pullanma
 - ☐ Hiçbiri
-

5 TETİKLEYİCİ FAKTÖRLER (SON 6 AY)

- ☐ Yoğun stres
 - ☐ COVID / ateşli hastalık
 - ☐ Ameliyat
 - ☐ Doğum / düşük
 - ☐ Hızlı kilo kaybı / diyet
 - ☐ Ağır egzersiz
 - ☐ Travma
 - ☐ Hiçbiri
-

6 TIBBİ ÖZGEÇMİŞ

- ☐ Tiroid hastalığı
 - ☐ Demir eksikliği / anemi
 - ☐ Vitamin D eksikliği
 - ☐ Polikistik over (kadın)
 - ☐ Otoimmün hastalık
 - ☐ Diyabet
 - ☐ Cilt hastalığı
 - ☐ Diğer:
-

7 KULLANILAN İLAÇLAR (SON 1 YIL)

- ☐ Antidepresan
 - ☐ Retinoid (izotretinoin)
 - ☐ Kan sulandırıcı
 - ☐ Hormon ilaçları
 - ☐ Kemoterapi
 - ☐ Takviye gıdalar
 - ☐ Hiçbiri
-

8 AİLE ÖYKÜSÜ

- Anne tarafında saç dökülmesi: ☐ Var ☐ Yok
 - Baba tarafında saç dökülmesi: ☐ Var ☐ Yok
 - Kaç yaşında başlamış?
-

9 SAÇ BAKIM ALIŞKANLIKLARI

- ☐ Sık saç boyama
 - ☐ Fön / düzleştirici
 - ☐ Sıkı topuz / örgü
 - ☐ Kimyasal işlemler
 - ☐ Medikal şampuan kullanımı
-

10 DAHA ÖNCE YAPILAN TEDAVİLER

- ☐ Minoxidil
- ☐ PRP
- ☐ Mezoterapi
- ☐ Saç ekimi
- ☐ Bitkisel ürünler
- ☐ Tedavi almadı

Tedaviye yanıt: ☐ Fayda gördü ☐ Görmedi ☐ Kısmen

11) KADIN HASTALAR İÇİN EK SORULAR

- Adet düzensizliği: ☐ Var ☐ Yok
 - Doğum sonrası dökülme: ☐ Var ☐ Yok
 - Menopoz: ☐ Var ☐ Yok
-

12) YETKİLİ NOTLARI

- Ön tanı:
 - Ayırıcı tanı:
 - İstenen tetkikler:
 - Planlanan tedavi:
-

13) DANIŞAN ONAYI

Verdiğim bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Hasta Adı Soyadı:

İmza:

Tarih:
