

Imię:

Nazwisko:

Data urodzenia: (RRRR-MM-DD)

Telefon kontaktowy ewentualnie adres mailowy:

Zabieg/rodzaj:

Szanowni Państwo!

W celu ograniczenia ryzyka powikłań okołoperacyjnych należy zapoznać lekarza anestezjologa ze stanem swojego zdrowia. Służy do tego poniższa ankieta. Na jej podstawie i w zależności od leczonego schorzenia anestezjolog zakwalifikuje Panią/Pana do znieczulenia oraz zaproponuje jego najwłaściwszy rodzaj.

Waga: kg

Wzrost: cm

1. Czy chorowała Pani/Pan w ciągu ostatnich 6 miesięcy?

NIE

TAK

2. Jeśli chorowała Pani/Pan w ciągu ostatnich 6 miesięcy to proszę podać schorzenie.

3. Czy przyjmuje Pani/Pan jakiegokolwiek leki?

NIE

TAK

4. Jeśli przyjmuje Pani/Pan leki to proszę je wymienić.

5. Czy choruje lub chorowała Pani/Pan na serce (choroba niedokrwienna, zawał, zapalenie mięśnia sercowego, inne)?

NIE proszę opisać

TAK proszę opisać

6. Czy miał Pani/Pan w ostatnim roku bóle w klatce piersiowej?

TAK

NIE

7. Czy miał Pani/Pan kiedykolwiek zaburzenia rytmu serca lub uczucie kołatania serca?

NIE

TAK

8. Czy choruje Pani/Pai na nadciśnienie tętnicze?

NIE

TAK Od kiedy?

9. Czy choruje Pani/Pan na płuca (astmę oskrzelową, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, rozedmę, gruźlicę, zapalenie płuc, inne)?

NIE

TAK

10. Czy miał Pani/Pan w ciągu ostatnich 4 tygodni kaszel lub był Pan/Pani przeziębiony?

NIE

TAK

11. Czy pali Pani/Pan papierosy?

NIE

TAK Od kiedy? Ile na dobę?

12. Czy ma lub miał Pani/Pan problemy z układem moczowym (kamica nerkowa, infekcje nerek, inne)?

NIE

TAK proszę opisać

13. Czy choruje Pani/Pan na cukrzycę?

NIE

TAK

14. Czy choruje Pani/Pan na schorzenia tarczycy (wole, nadczynność lub niedoczynność)?

NIE

TAK Proszę podać leczenie

15. Czy chorował Pani/Pan na zapalenie wątroby (żółtaczkę), kamicę żółciową, marskość wątroby, inne?

NIE

TAK Proszę opisać

16. Czy ma lub miał Pani/Pan problemy z chorobami przewodu pokarmowego (choroba wrzodowa, refluks żołądkowo-przełykowy, zgaga, inne)?

NIE

TAK Proszę opisać

17. Czy pije Pani/Pan regularnie alkohol?

NIE

TAK Jaki rodzaj? W jakiej ilości?

18. Czy ma lub miał Pani/Pan kiedykolwiek choroby układu nerwowego (udar, drgawki, atak padaczki, utrata przytomności, podwójne widzenie, zapalenie opon m-r, inne)?

NIE

TAK Proszę opisać

19. Czy miał Pani/Pan uraz kręgosłupa, głowy, złamania kości, wypadek komunikacyjny?

NIE

TAK Proszę opisać

20. Czy wystąpiły u Pani/Pana lub w Pani/Pana rodzinie schorzenia mięśni, osłabienie siły mięśniowej, miopatie?

NIE

TAK

21. Czy ma lub miał Pani/Pan choroby krwi lub układu krzepnięcia (skłonność do krwawień, rozległych siniaków, przedłużone krwawienie z nosa, inne)?

NIE

TAK Proszę opisać

22. Czy jest Pani/Pan uczulony? (na leki, pokarmy, inne)

NIE

TAK Na co? Jakie są objawy?

23. Czy choruje Pani/Pan na porfirię?

NIE

TAK

24. Czy był Pan/Pani kiedykolwiek operowany/znieczulany?

NIE

TAK Rodzaj zabiegu / kiedy?

25. Czy dobrze zniósł Pani/Pan znieczulenie?

NIE

TAK

26. Czy w rodzinie wystąpiły przypadki powikłań związanych ze znieczuleniem?

TAK Proszę opisać

NIE

27. Czy nosi Pani/Pan aparat ortodontyczny, protezy zębowe lub ma uszkodzone zęby?

NIE

TAK

28. Czy ma Pani/Pan skłonności do nudności lub wymiotów?

NIE

TAK

29. Czy przyjmował Pani/Pan ostatnio używki lub narkotyki?

NIE

TAK

27. Czy istnieją u Pani/Pan inne problemy zdrowotne nie ujęte w powyższych pytaniach?

NIE

TAK proszę opisać