

Przedoperacyjna ankieta anestezyjologiczna

Imię i Nazwisko PESEL:Wzrostcm Waga kg

Przedoperacyjna ankieta anestezyjologiczna	TAK	NIE
Choroby serca np. przebyty zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wady serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego		
Choroby układu krążenia np. nadciśnienie tętnicze, niskie ciśnienie krwi, omdlenia		
Choroby naczyń krwionośnych np. żylaki, zapalenie żył, niedokrwienie kończyn, bóle podudzi		
Choroby płuc i dróg oddechowych np. gruźlica, pylica, rozedma płuc, zapalenie płuc, duszności, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli		
Choroby przewodu pokarmowego np. choroba wrzodowa żołądka/dwunastnicy		
Choroby wątroby np. żółtaczka, kamica pęcherzyka żółciowego, marskość wątroby		
Choroby układu moczowego np. zapalenie nerek, kamica moczowa, zapalenie pęcherza moczowego		
Zaburzenie przemiany materii np. cukrzyca, dna moczanowa		
Choroby tarczycy np. wole obojętne, nadczynność/ niedoczynność tarczycy		
Choroby układu nerwowego np. padaczka, porażenie, niedowład, utraty przytomności		
Choroby układu kostno-szkieletowego np. bóle kręgosłupa, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa lub stawów		
Choroby krwi i układu krzepnięcia np. anemia, skłonność do krwawień samoistnych i wylewów podskórnych		
Choroby oczu np. jaskra		
Zmiany nastroju np. leczona / nieleczona depresja, nerwica		
Uczulenia – alergie np. kater sienny, wysypka, uczulenie na: pokarmy, leki, środki chemiczne, lateks – podaj objawy		
Inne schorzenia nie wymienione powyżej ...		
Czy Pani/Pan był/a operowana (-y), znieczulana (-y) ? Jeśli tak to kiedy i z jakiego powodu		
Czy dobrze Pani/Pan zniosła /zniósł znieczulenie ?		
Czy była wykonana transfuzja krwi ? Jeśli tak to kiedy ?		
Czy aktualnie zażywa Pani/Pan leki ? Jeśli tak to jakie ?		
Czy jest Pani w ciąży ?		
Czy Pani/Pan pali tytoń ? Jeśli tak to ile paczek dziennie ? ...		
Czy pije Pani/Pan alkohol ? Jeśli tak to: rzadko / niewiele / regularnie / dużo		
Czy zażywa Pani/Pan środki uspokajające, nasenne, narkotyki ? Jeśli tak to jakie ?		

**OŚWIADCZAM, ŻE NIE JESTEM POD WPLYWEM LEKÓW, SUBSTANCJI I INNYCH CZYNNIKÓW ZABURZAJĄCYCH MOJĄ ŚWIADOMOŚĆ.
OŚWIADCZAM, ŻE NIE ZATAIŁAM / NIE ZATAIŁEM ŻADNYCH INFORMACJI O MOIM STANIE ZDROWIA, PRZEBIEGU DOTYCHCZASOWEGO LECZENIA
CZY PRZYJMOWANIA PRZEZE MNIE LEKÓW.
OŚWIADCZAM, ŻE INFORMACJE ZAWARTE W POWYŻSZEJ ANKIECIE SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ.**

.....
data i podpis pacjenta

.....
podpis i pieczęć lekarza anestezyjolog