

Przedoperacyjna ankieta anestezjologiczna

Nazwisko i imię _____

Data urodzenia (wiek) _____

Adres, nr telefonu _____

Proszę dokładnie przeczytać ankietę i odpowiedzieć na zawarte w niej pytania.

Operacje i bolesne badania są przeprowadzane w znieczuleniu. Za przeprowadzenie pacjenta przez cały okres okołoperacyjny odpowiedzialny jest lekarz anestezjolog. Dokładne i wyczerpujące wypełnienie tej ankiety pozwoli dokonać właściwej oceny stanu zdrowia Pacjenta przed znieczuleniem. Każde pytanie odnosi się do pewnych czynników ryzyka znieczulenia.

1. Czy Pacjent był leczony w ciągu ostatnich 12 miesięcy? tak nie
Jeżeli tak, to z powodu jakiej choroby

2. Czy Pacjent przyjmował ostatnio lub przyjmuje obecnie jakieś lekarstwa? tak nie
Jeżeli tak, to kiedy i jakie

3. Czy Pacjent był już kiedyś operowany? tak nie
Jeżeli tak, to kiedy i z jakiego powodu

- Czy w czasie znieczulenia wystąpiły jakieś powikłania? tak nie
Jeżeli tak, to jakie

4. Czy u bliskich krewnych Pacjenta doszło w związku ze znieczuleniem do niewyjaśnionych powikłań? tak nie
5. Czy występują u Pacjenta schorzenia mięśni lub osłabienie mięśni (miastenia) tak nie
6. Czy takie schorzenia występowały lub występują u bliskich krewnych? tak nie
7. Czy Pacjent choruje na porfirię? tak nie
8. Czy wydolność fizyczna Pacjenta jest ograniczona? tak nie
Czy Pacjent sinieje przy dużych wysiłkach? tak nie
Czy ma silną duszność przy wysiłkach? tak nie
Czy Pacjent ma wadę serca? tak nie
9. Czy Pacjent często choruje na zapalenie oskrzeli? tak nie
Czy choruje na astmę? tak nie

Czy choruje na inne schorzenia płuc?

tak nie

Jeżeli tak, to jakie

10. Czy Pacjent przechodził żółtaczkę (inną niż fizjologiczna)?

tak nie

Czy ma wzmożoną skłonność do krwawień?

tak nie

Czy ma skłonność do tworzenia się rozległych siniaków?

tak nie

11. Czy Pacjent choruje lub chorował na infekcje dróg moczowych?

tak nie

Jeżeli tak, to jakie

12. Czy Pacjent cierpi na choroby układu nerwowego?

tak nie

Jeżeli tak, to jakie

Czy kiedykolwiek Pacjent miał w czasie gorączki drgawki lub kurcze?

tak nie

Czy kiedykolwiek miał drgawki nie gorączkowe?

tak nie

Jeżeli tak, to kiedy

13. Czy Pacjent cierpi na alergie?

tak nie

Czy miał wysypki po lekach lub innych substancjach?

tak nie

Jeżeli tak, to jakich

14. Czy Pacjent choruje na cukrzycę?

tak nie

15. Czy Pacjent ma ruszające się zęby?

tak nie

16. Dodatkowe informacje (np. inne nie wymienione tutaj schorzenia)

17. Masa ciała

_____ kg

Dziękujemy.