

# Przedoperacyjna ankieta anestezjologiczna dziecka

Nazwisko i imię \_\_\_\_\_

Data urodzenia (wiek) \_\_\_\_\_

Adres, nr telefonu \_\_\_\_\_

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

## **Drodzy Rodzice!**

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 dziecka przed znieczuleniem. Każde pytanie odnosi się do pewnych czynników ryzyka znieczulenia.

1. Czy Państwa dziecko było leczone w ciągu ostatnich 12 miesięcy? tak  nie   
Jeżeli tak, to z powodu jakiej choroby  
\_\_\_\_\_
2. Państwa dziecko przyjmowało ostatnio lub przyjmuje obecnie jakieś lekarstwa? tak  nie   
Jeżeli tak, to kiedy i jakie  
\_\_\_\_\_
3. Czy Państwa dziecko było już kiedyś operowane? tak  nie   
Jeżeli tak, to kiedy i dlaczego  
\_\_\_\_\_
4. Czy w czasie znieczulenia wystąpiły jakieś powikłania? tak  nie   
Jeżeli tak, to jakie  
\_\_\_\_\_
5. Czy u bliskich krewnych dziecka doszło w związku ze znieczuleniem do niewyjaśnionych powikłań? tak  nie
6. Czy u dziecka występują schorzenia mięśni lub osłabienie mięśni (miastenia) tak  nie
7. Czy takie schorzenia występowały lub występują u bliskich krewnych dziecka? tak  nie
8. Czy dziecko choruje na porfirię? tak  nie
8. Czy wydolność fizyczna dziecka jest ograniczona? tak  nie   
Czy dziecko sinieje przy dużych wysiłkach? tak  nie   
Czy ma silną duszność przy wysiłkach? tak  nie   
Czy dziecko ma wadę serca? tak  nie

9. Czy dziecko 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 dziecko przechodziło 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 dziecko choruje lub chorowało na infekcje dróg moczowych? tak  nie   
Jeżeli tak, to jakie  
\_\_\_\_\_
12. Czy dziecko cierpi na choroby układu nerwowego? tak  nie   
Jeżeli tak, to jakie  
\_\_\_\_\_
- Czy kiedykolwiek dziecko miało w czasie gorączki drgawki lub kurcze? tak  nie   
Czy kiedykolwiek miało drgawki nie gorączkowe? tak  nie   
Jeżeli tak, to kiedy  
\_\_\_\_\_
13. Czy dziecko cierpi na alergię? tak  nie   
Czy miało wysypki po lekach lub innych substancjach? tak  nie   
Jeżeli tak, to jakich  
\_\_\_\_\_
14. Czy dziecko choruje na cukrzycę? tak  nie   
15. Czy dziecko ma ruszające się zęby? tak  nie   
16. Dodatkowe informacje (np. inne nie wymienione tutaj schorzenia)  
\_\_\_\_\_
17. Masa ciała \_\_\_\_\_ kg

**Dziękujemy.**