

Przedoperacyjna ankieta anestezjologiczna

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia (wiek): _____

Adres zamieszkania: _____

Numer telefonu: _____

Waga oraz wzrost: _____

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.

****Właściwe podkreślić***

1. Czy Pacjent był leczony w przeciągu ostatnich 12 miesięcy? TAK / NIE

Jeżeli tak, to z powodu jakiej choroby?

**2. Czy Pacjent przyjmował w ostatnim czasie lub przyjmuje obecnie jakieś leki?
TAK / NIE**

Jeżeli tak, to jakie?

3. Czy Pacjent przyjmuje obecnie suplementy diety? TAK / NIE

Jeżeli tak, to jakie?

3. Czy Pacjent był już kiedyś operowany? TAK / NIE

Jeżeli tak to kiedy i z jakiego powodu?

4. Czy w czasie znieczulenia wystąpiły jakieś powikłania? TAK / NIE

Jeżeli tak to jakie?

5. Czy u bliskich krewnych Pacjenta doszło w związku ze znieczuleniem do niewyjaśnionych powikłań? TAK / NIE

Jeżeli tak to jakie?

6. Czy występują u Pacjenta schorzenia mięśni lub osłabienie mięśni (miastenia)? TAK / NIE

7. Czy takie schorzenia występowały lub występują u bliskich krewnych? TAK / NIE

8. Czy Pacjent choruje na porfirię? TAK / NIE

9. Czy wydolność fizyczna Pacjenta jest ograniczona? Czy Pacjent sinieje przy dużych wysiłkach? Czy ma silną duszność przy wysiłkach? TAK / NIE

10. Czy Pacjent ma stwierdzoną wadę serca? TAK / NIE

11. Czy Pacjent często choruje na zapalenie oskrzeli? TAK / NIE

12. Czy Pacjent choruje na inne schorzenia płuc? Jeżeli tak, to jakie? TAK / NIE

13. Czy Pacjent przechodził żółtaczkę (inną niż fizjologiczną)? TAK / NIE

14. Czy ma wzmożoną skłonność do krwawień? TAK / NIE

15. Czy ma skłonność do tworzenia się rozległych siniaków? TAK / NIE

16. Czy Pacjent choruje lub chorował na infekcje dróg moczowych? TAK / NIE

Jeżeli tak, to jakie?

17. Czy Pacjent cierpi na choroby układu nerwowego?

TAK / NIE

Jeżeli tak, to jakie?

18. Czy kiedykolwiek Pacjent miał w czasie gorączki drgawki lub kurcze? Czy kiedykolwiek miał drgawki nie gorączkowe? Jeżeli tak, to kiedy? TAK / NIE

19. Czy Pacjent cierpi na alergie? Czy miał wysypki po lekach lub innych substancjach? Jeżeli tak, to jakich? TAK / NIE

20. Czy Pacjent choruje na cukrzycę?

TAK / NIE

21. Czy Pacjent ma ruszające się zęby?

TAK / NIE

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

Dziękujemy.