

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.

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.

****Właściwe podkreślić***

1. Czy Państwa dziecko było leczony w przebiegu ostatnich 12 miesięcy?
TAK / NIE

Jeżeli tak, to z powodu jakiej choroby?

2. Czy dziecko przyjmowało w ostatnim czasie lub przyjmuje obecnie jakieś leki?
TAK / NIE

Jeżeli tak, to jakie?

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

Jeżeli tak, to jakie?

3. Czy dziecko było już kiedyś operowany? TAK / NIE

Jeżeli tak to kiedy i z jakiego powodu?

4. Czy w czasie znieczulenia u dziecka 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

Jeżeli tak to jakie?

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

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

TAK / NIE

8. Czy dziecko choruje na porfirię?

TAK / NIE

9. Czy wydolność fizyczna dziecka jest ograniczona? Czy dziecko sinieje przy dużych wysiłkach? Czy ma silną duszność przy wysiłkach? **TAK / NIE**

10. Czy dziecko ma stwierdzoną wadę serca?

TAK / NIE

11. Czy dziecko często choruje na zapalenie oskrzeli?

TAK / NIE

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

13. Czy dziecko przechodziło żółtaczkę (inną niż fizjologiczną)? **TAK / NIE**

14. Czy dziecko ma wzmożoną skłonność do krwawień?

TAK / NIE

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

16. Czy dziecko choruje lub chorowało na infekcje dróg moczowych? **TAK / NIE**

Jeżeli tak, to jakie?

17. Czy dziecko cierpi na choroby układu nerwowego?

TAK / NIE

Jeżeli tak, to jakie?

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

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

20. Czy dziecko choruje na cukrzycę?

TAK / NIE

21. Czy dziecko ma ruszające się zęby?

TAK / NIE

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

Dziękujemy.