

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

(DLA PACJENTÓW PRZYGOTOWYWANYCH DO ZABIEGÓW OPERACYJNYCH W TRYBIE PLANOWYM)

Prosimy o wypełnienie ankiety, która na podstawie oceny stanu zdrowia pozwoli na zaplanowanie postępowania anestezjologicznego, w tym wybór najbardziej odpowiedniej i bezpiecznej dla Pana/Pani metody znieczulenia. Wszelkie wątpliwości będą mogli Państwo wyjaśnić w trakcie wizyty w Poradni Anestezjologicznej, w bezpośredniej rozmowie z lekarzem anestezjologiem.

Ankiety proszę wypełnić DRUKOWANYM LITERAMI

Nazwisko i imię:..... Data urodzenia

Wiek.....lat Wzrost.....cm Masa ciałakg

1. Jakie leki obecnie Pan/i przyjmuje? Proszę podać wszystkie przyjmowane leki, preparaty lecznicze, suplementy:

-
-
-
-
-

Jeśli leczy się Pan/Pani na jakąś chorobę, lub ma wymienione niżej dolegliwości, proszę zaznaczyć TAK oraz napisać jakie dolegliwości

2. Czy leczył(a) się Pan/Pani ostatnio: Jeśli TAK, to na jakie choroby?.....TAK NIE

.....
.....

3. Czy ma Pan/Pani bóle w okolicy serca, jeśli tak to od kiedy?.....TAK NIE

4. Czy ma Pan/Pani zaburzenia rytmu serca? TAK NIE

Jakie:.....

5. Czy ma Pan/Pani nadciśnienie tętnicze, jeśli tak to od kiedy?TAK NIE

6. Czy miał Pan/Pani zawał mięśnia sercowego, jeśli tak to kiedy?TAK NIE

Czy ma Pan/Pani wadę serca?TAK NIE

7. jaka;.....

8. Czy choruje Pan/Pani na choroby płuc (astma, POCHP, gruźlica)?..... TAK NIE

9. Choroby naczyń – żylaki, zapalenie żył, bóle łydek przy chodzeniu, inne..... TAK NIE

.....

10. Cukrzyca, jeśli tak to od kiedy?..... TAK NIE.
insulina tabletki
11. Choroby nerek : zapalenia, kamica, inne TAK NIE.
12. Choroby wątroby : żółtaczką, kamica pęcherzyka(woreczek), inne TAK NIE.
13. Choroby tarczycy : wole obojętne, nadczynność, niedoczynność, inne TAK NIE.
-
14. Choroby układu nerwowego – , padaczka ,udar , uraz głowy, kręgosłupa, inne ... TAK NIE.
-
15. Choroby układu kostnego i stawowego: bóle reumatyczne, osłabienie mięśni TAK NIE.
16. Choroby krwi i układu krzepnięcia: skłonność do krwawień, sińców, anemia, inne . TAK NIE
-
17. Uczulenia: na plaster, na jodynę, na leki, inne..... TAK NIE.
-
18. Czy jest Pani w ciąży? TAK NIE.
19. Transfuzje krwi..... TAK NIE.
20. Przebyte zabiegi operacyjne (proszę wymienić)
-
21. Czy pozostaje Pan/Pani pod stałą opieką lekarza, poradni specjalistycznej TAK NIE
jeśli tak , to jakiej.....

Jeśli był Pan/Pani leczona w szpitalu, proszę zabrać ze sobą na wizytę wszystkie Karty informacyjne z leczenia szpitalnego oraz posiadane aktualne wyniki badań, konsultacji itp.

Powyższe pytania zrozumiałam(em) , odpowiedziałam(em) zgodnie z moją wiedzą i za udzielone odpowiedzi biorę pełną odpowiedzialność

Data Podpis pacjenta (czytelny).....

Wypełnioną i podpisaną ankietę, proszę zwrócić w trakcie wizyty w Poradni Anestezjologicznej.!

Legenda:

- TAK/ NIE- właściwie zaznaczyć