

Ankieta przedoperacyjna

Ankieta przedoperacyjna służy do zebrania informacji, na podstawie których możliwe będzie wybranie najlepszego sposobu znieczulenia. Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania.

Podczas rozmowy z anestezyjologiem prosimy o stawianie dalszych pytań i podpisanie zgody na znieczulenie dopiero w jego obecności .

Nazwisko _____ Imię _____

Data urodzenia _____ Wzrost _____ cm, Waga _____ kg

Zawód (uprawiany obecnie lub w przeszłości) _____

1. Czy leczy się Pan(i) ostatnio tak nie

Jeśli tak, to na jakie schorzenia? _____

2. Jakie leki Pan(i) obecnie przyjmuje? _____

Czy choruje Pan(i) obecnie, bądź chorował(a) na jedną z wymienionych niżej chorób?

3. Choroby serca np. przebyty zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca.
zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego tak nie , nie wiem

4. Choroby układu krążenia (np. ciśnienie krwi wysokie lub niskie, omdlenia, duszności)
tak , nie , nie wiem

5. Choroby naczyń krwionośnych (np. żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle
łydek przy chodzeniu) tak , nie , nie wiem

6. Choroby płuc(np. gruźlica, pylica, rozedma, zapalenie płuc) tak , nie , nie wiem

7 Choroby dróg oddechowych (np. astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli)
tak , nie , nie wiem

8 Choroby przewodu pokarmowego (np. choroba wrzodowa żołądka/
dwunastnicy) tak , nie , nie wiem

9. Choroby wątroby (np. żółtaczka, marskość wątroby) tak , nie , nie wiem

10. Choroby układu moczowego (np. zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w
oddawaniu moczu) tak , nie , nie wiem

11. Zaburzenia przemiany materii (np. cukrzyca, dna) tak , nie , nie wiem

12. Choroby tarczycy (np. wole obojętne, nadczynność, niedoczynność)
tak , nie , nie wiem

13. Choroby układu nerwowego(np. padaczka, porażenia, niedowłady, utraty
przytomności miastenia) tak , nie , nie wiem

14. Choroby układu kostno-stawowego (np. bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe
kręgosłupa, stawów) tak , nie , nie wiem

15. Choroby i układu krzepnięcia (np. anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba) tak , nie , nie wiem
16. Choroby oczu (np. jaskra) tak , nie , nie wiem
17. Zmiany nastroju (np. depresja, nerwica) tak , nie , nie wiem
18. Uczulenia - alergię (np. katar sienny, wysypka, uczulenia na pokarmy, leki, plaster, jodynę) tak , nie , nie wiem
 jeśli tak, to na jakie substancje? _____
 jakie są objawy uczulenia? _____
19. Inne schorzenia, nie wymienione powyżej? tak , nie , nie wiem
 jeśli tak, to jakie _____
20. Czy był(a) Pan(i) już kiedyś operowany(a) tak , nie , nie wiem
 Jeśli tak, to kiedy i z Jakiego powodu?

21. Czy dobrze zniósł Pan(i) znieczulenie? tak , nie , nie wiem
22. Czy u krewnych Pana(i) wystąpiły kiedyś powikłania związane ze znieczuleniem? tak , nie , nie wiem
23. Czy miał Pan(i) transfuzję krwi? tak , nie , nie wiem
 kiedy? _____
 czy dobrze zniósł, Pan, zniosła Pani transfuzję krwi? _____
24. Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę? _____
25. Czy jest Pani w ciąży? tak , nie , nie wiem
26. Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne tak , nie
27. Czy Pan(i) pali tytoń? tak , nie
 ile dziennie _____ od kiedy _____
28. Czy pije Pan(i) alkohol? nie , rzadko , niewiele , regularnie , dużo
29. Czy zażywa Pan(i) środki uspokajające, nasenne, narkotyki tak , nie , nie wiem
 jakie? _____

Data i podpis pacjenta

