Kluczbork, dnia ……..

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Nazwisko i imię …… Data urodzenia …….

Adres zamieszkania ……..

Wzrost …….. Waga ……..

1. Czy leczył się Pan / Pani w ciągu ostatnich 2 lat?
   a) z powodu jakiej choroby?

   ……

   b) czy przyjmuje Pan / Pani leki? Jeżeli tak, to jakie proszę wpisać (nazwa leku, jak długo)

   ……

   ……
2. Czy był Pan / Pani kiedyś operowany/a, kiedy i z jakiego powodu?

   ……
3. Czy obserwowano podczas narkozy szczególne reakcje?

   ……
4. Czy otrzymywał Pan / Pani kiedyś transfuzję krwi?

   ……
5. Czy towarzyszyły temu komplikacje?

   ……
6. Choroby serca (czy w przeszłości przebył/a Pan / Pani zawał, zapalenie mięśnia sercowego, czy ma Pan / Pani wadę wrodzoną serca?)

   ……
7. Choroby krążenia (czy choruje Pan / Pani na nadciśnienie tętnicze, duszność, omdlenia?)

   ……
8. Choroby naczyń (czy w przeszłości Pan / Pani przebyła zapalenie żył powierzchniowych głębokich, czy występują u Pana / Pani bóle łydek, chromanie przestankowe?)

   ……
9. Choroby płuc (czy w przeszłości przebył Pan / Pani zapalenie płuc, gruźlicę, rozedmę płuc?)

   ……
10. Choroby dróg oddechowych (czy choruje Pan / Pani bądź przebyła astmę, przewlekłe zapalenie oskrzeli?)

    ……
11. Choroby wątroby (czy w przeszłości przebył Pan / Pani WZW, żółtaczkę, zastój żółci, stłuszczenie wątroby?)

    ……
12. Choroby nerek (czy w przeszłości chorował Pan / Pani na kamicę moczową, zapalenie nerek, infekcję dróg moczowych?)

    ……
13. Choroby przemiany materii (czy choruje Pan / Pani na cukrzycę, dnę?)

    ……
14. Choroby tarczycy (czy chorował Pan / Pani na nadczynność, niedoczynność, raka tarczycy?)

    ……

……

……

15. Choroby oczu (czy choruje Pan / Pani na jaskrę?)

……

16. Choroby neurologiczne (czy w przeszłości przebył Pan / Pani udar mózgowy, czy ma Pan / Pani niedowład, porażenia kończyn dolnych, górnych, połowiczny, czy choruje Pan / Pani na epilepsję?)

……

……

17. Choroby układu kostno – stawowego, układu mięśniowego

……

18. Choroby krwi i układu krzepnięcia (czy choruje Pan / Pani na hemofilię, inne schorzenia układu krwionośnego i krwiotwórczego? Czy istnieje u Pana / Pani zwiększona skłonność do siniaków, krwawień?)

……

19. Uczulenia (czy jest Pan / Pani alergikiem? Czy jest Pan / Pani uczulona na leki, jeśli tak to na jakie, proszę podać nazwę, pokarm, środki dezynfekcyjne, inne środki?)

……

20. Uzębienie (czy nosi Pan / Pani protezy zębowe?)

……

21. Uzależnienia (palenie tytoniu, alkohol, leki uspokajające, inne – jakie? Jak długo?)

……

Wyrażam zgodę na znieczulenie ogólne i każde konieczne działanie anestezjologiczne

Kluczbork, dnia …… Podpis pacjenta ……

UWAGI ANESTEZJOLOGA

……

……

……

Rodzaj znieczulenia

……

Podane leki w czasie znieczulenia

……

Czas trwania znieczulenia od godziny …….. do godziny ……..

RR …… Tętno …….. Stan ogólny ……..

Kluczbork, dnia ……..

Podpis lekarza ……