

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Dane Pacjenta:

Imię.....Nazwisko.....
PESEL.....nr tel.....

INFORMACJE WSTĘPNE - *wypełnia pacjent*

Istotne jest skrupulatne wypełnienie ankiety, ponieważ na jej podstawie lekarz może dobrać odpowiedni rodzaj znieczulenia. Prosimy więc o nie zatajanie jakichkolwiek faktów, a jeśli posiadacie Państwo dodatkowe informacje nie zawarte w pytaniach ankiety, które Państwa zdaniem będą miały wpływ na przebieg operacji, prosimy o ich podanie. Podane w ankiecie informacje objęte są tajemnicą dokumentacji medycznej i tajemnicą lekarską.

Płeć K M Wzrost cm Waga kg

Planowany rodzaj zabiegu operacyjnego:

Ankieta dotyczy okresu całego życia.

Czy pozostaje Pan/ Pani pod opieką lekarza specjalisty? TAK NIE

kardiologa TAK NIE

neurologa

pulmonologa

innego (wymienić)

Czy zażywał Pan/ Pani leki w ostatnich dniach lub tygodniach? TAK NIE

Jeśli TAK, proszę wymienić:

.....
.....

Przebyte wcześniej operacje i pobyty w szpitalach TAK NIE

Proszę podać rodzaj operacji i rok, w którym się odbyła:

.....
.....

Czy wystąpiły powikłania w czasie poprzedniego znieczulenia (miejscowego, ogólnego)? Jeśli tak, to jakie? TAK NIE

.....
.....

Czy coś szczególnego wydarzyło się w związku ze znieczuleniem u członków najbliższej rodziny? Jeśli tak, to co to było? TAK NIE

.....

Czy przetaczano Panu/ Pani krew lub preparaty krwipochodne? TAK NIE

Czy wystąpiły jakieś powikłania w związku z przetaczaniem krwi lub preparatów krwipochodnych? Jeśli TAK, to jakie? TAK NIE

.....

Dotyczy kobiet: czy może być Pani aktualnie w ciąży? TAK NIE

Czy stwierdzono u Pana/ Pani wcześniej lub obecnie chorobę któregoś z podanych poniżej układów lub narządów?

UKŁAD SERCOWO-NACZYNIOWY	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	PRZEWÓD POKARMOWY	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Zaburzenie rytmu	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Choroba wrzodowa	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Wada	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Zwężenia	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Dusznicza	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Refluks przełykowy	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Zawał serca (rok)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Zapalenie jelit	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Zapalenie mięśnia sercowego	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Biegunki	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Wysokie ciśnienie krwi	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Krwawienia	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Niskie ciśnienie krwi	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Inne:	
Duszność przy chodzeniu	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TRZUSTKA	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Kurcze łydek	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Ostre zapalenie trzustki	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Zakrzepica krwi	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Przewlekłe zapalenie trzustki	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Zaburzenia przepływu krwi	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Inne:	
Stan po reanimacji	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	PRZEMIANA MATERII	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Inne:		Cukrzyca	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
ZABIEGI WEWNĄTRZNACZYNIOWE	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Dna moczanowa	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Stent wewnątrznaczyniowy	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Otyłość	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Data założenia		Porfiria	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Typ stentu		Inne:	
Embolizowany tętniak	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TARCZYCA	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Data embolizacji		Nadczynność	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Żylaki	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Niedoczynność	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
UKŁAD ODDECHOWY	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Wole (powiększenie)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Przewlekłe zapalenie oskrzeli	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Inne:	
Astma oskrzelowa	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	UKŁAD KOSTNY I STAWOWY	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Zapalenie płuc	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Choroby kości	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Gruźlica	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Choroby stawów	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Rozedma płuc	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Dyskopatie i choroby kręgosłupa	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Inne:		Zwichnięcia	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
WĄTROBA	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Inne:	
Żółtaczka mechaniczna	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	UKŁAD NERWOWY	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Żółtaczka zakaźna	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Padaczka	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Marskość wątroby	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Porażenia i niedowłady	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Stwardnienie wątroby	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Depresje	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Stłuszczenie wątroby	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Nerwice	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Kamica pęcherzyka żółciowego	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Bezsenność	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Inne:		Bóle głowy	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
NERKI		Udar mózgu	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Podwyższone wartości kreatyniny	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Inne:	
Dializowanie	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	NARZĄD WZROKU	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Zapalenie nerek	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Zaćma	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Kamica nerkowa	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Jaskra	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Infekcje dróg moczowych		Soczewki kontaktowe	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Inne:		Odwarstwienie siatkówki	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
CHOROBY ZAKAŹNE PRZEBYTE	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Wylewy krwawe do twardówki	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
WZW A/B/C	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Inne:	
AIDS/ Nosicielstwo HIV	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	

KREW I UKŁAD KRWIOTWÓRCZY

Zaburzenia krzepnięcia TAK NIE
 Częste krwawienia z nosa TAK NIE
 Skłonność do powstawania siniaków TAK NIE
 Wybroczyny TAK NIE
 Inne:

ZABURZENIA SŁUCHU

Aparat słuchowy TAK NIE
 Choroby ucha TAK NIE
 Inne:

SPOŻYWANIE ALKOHOLU

W małych ilościach ml/ tydz.
 Rzadko TAK NIE
 Regularnie TAK NIE

PALENIE TYTONIU

Od kiedy Pan/ Pani pali / ile lat?
 W jakich ilościach?
 Jaki rodzaj tytoniu?

INNE CHOROBY

TAK NIE
 Jeśli TAK to jakie?

MIĘŚNIE

Osłabienie mięśni/miastenia TAK NIE
 Bóle mięśni TAK NIE
 Inne:
 Czy w najbliższej rodzinie TAK NIE
 występowały choroby mięśni?
 Jeśli tak, to Jakie?

UCZULENIA

Katar sienny TAK NIE
 Soja TAK NIE
 Białko jaja TAK NIE
 Leki (jakie?.....)
 Sierść zwierząt, kurz TAK NIE
 Jod TAK NIE
 Przylepiec TAK NIE
 Latex TAK NIE
 Inne:

CHOROBY ZĘBÓW

Zęby ruchome TAK NIE
 Protezy zębowe TAK NIE
 Implanty TAK NIE

Podpis pacjenta

WYPEŁNIA LEKARZ ANESTEZJOLOG

SCHORZENIA WYMAGAJĄCE LECZENIA PRZED PLANOWANYM PRZYJĘCIEM DO SZPITALA:

PROPONOWANE KONSULTACJE:

- Brak
- modyfikacja leczenia nadciśnienia tętniczego
- modyfikacja leczenia cukrzycy
- Kardiologiczna
- Pulmonologiczna
- Inne:
- Chory został zakwalifikowany do znieczulenia w trybie planowym i może być przyjęty do Szpitala na oddział zabiegowy.
- Chory nie kwalifikuje się do znieczulenia ogólnego z powodu:

Data oraz pieczętka i podpis lekarza ____/____/20__r.