

PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Oddział..... Nr Księgi Głównej.....

Nazwisko i imię

Wiek..... Wzrost Waga.....

Prosimy bardzo dokładnie odpowiedzieć na podane niżej pytania. Wszelkie niejasności prosimy wyjaśnić podczas rozmowy z anestezyjologiem i w jego obecności podpisać zgodę na znieczulenie.

PROSZĘ PRZECZYTAĆ PYTANIA I ZAKREŚLIĆ WŁAŚCIWĄ ODPOWIEDŹ

CZY CHOROWAŁ(A) PAN/PANI NA:

Czy był(a) Pan/Pani operowany/a wcześniej? Kiedy?..... Rodzaj zabiegu.....	TAK	NIE	NIE WIEM
Czy dobrze zniósł/a Pan/Pani znieczulenie?	TAK	NIE	NIE WIEM
Czy miał/a Pan/Pani transfuzję krwi? Kiedy?.....	TAK	NIE	NIE WIEM
Czy dobrze zniósł/a Pan/Pani tę transfuzję?	TAK	NIE	NIE WIEM

- serce: zawał, choroba niedokrwienna, wada serca	TAK	NIE	NIE WIEM
- krążenie: nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności	TAK	NIE	NIE WIEM
- choroby naczyń: żylaki, inne.....	TAK	NIE	NIE WIEM
- gruźlicę, rozedmę pylicę, astmę, przewlekłe zapalenie oskrzeli	TAK	NIE	NIE WIEM
- żołądek: choroba wrzodowa, zapalenie	TAK	NIE	NIE WIEM
- wątroba: żółtaczką, stłuszczenie, marskość	TAK	NIE	NIE WIEM
- zapalenie nerek, kamica, trudności w oddawaniu moczu	TAK	NIE	NIE WIEM
- cukrzycę, dnę moczanową, porfirię	TAK	NIE	NIE WIEM
- tarczycę: wole obojętne, nadczynność, niedoczynność	TAK	NIE	NIE WIEM
- choroby oczu: jaskra	TAK	NIE	NIE WIEM
- choroby nerwów: porażenie, drgawki, padaczka, udar	TAK	NIE	NIE WIEM
- zmiany nastroju: depresja, nerwica	TAK	NIE	NIE WIEM
- choroby kręgosłupa: zmiany w stawach, osłabienie mięśni	TAK	NIE	NIE WIEM
- choroby krwi: skłonność do krwawień, siniaków	TAK	NIE	NIE WIEM

- uczulenia: leki, plaster, katar sienny, inne.....	TAK	NIE	NIE WIEM
- inne schorzenia.....			

Czy często Pan/Pani pije alkohol?	TAK	NIE	NIE WIEM
Czy Pan/Pani pali? Jeśli tak to ile?	TAK	NIE	NIE WIEM
Czy jest Pani w ciąży?	TAK	NIE	NIE WIEM
Czy używa Pan/Pani środki nasenne? Jeśli tak to jakie?	TAK	NIE	NIE WIEM
Czy posiada Pan/Pani protezy zębowe wymowane?	TAK	NIE	NIE WIEM
Czy używa Pan/Pani szkła kontaktowe, protezę oka?	TAK	NIE	NIE WIEM

Jakie leki przyjmuje Pani/Pan
obecnie?.....
.....

WYPEŁNIA LEKARZ KWALIFIKUJĄCY DO ZNIECZULENIA

Rodzaj znieczulenia

Ryzyko ASA RR, tętno

Premedykacja

Odchylenia w badaniach (rtg, ekg, inne)

.....

Ocena trudności w intubacji

Inne problemy

Ryzyko zatorowo-zakrzepowe

Podpis i pieczęć lekarza

OŚWIADCZENIE PACJENTA I ZGODA NA ZNIECZULENIE

Dr przeprowadził ze mną rozmowę wyjaśniającą problem znieczulenia do operacji. Podczas tej rozmowy mogłam/mogłem pytać o wszystkie interesujące mnie problemy dotyczące rodzaju znieczulenia i związanego z nim ryzyka powikłań oraz o inne okoliczności, które mogą wystąpić przed i po operacji.

Proszę o wykonanie u mnie znieczulenia ogólnego/regionalnego do zabiegu.

Zgadzam się na towarzyszące zabiegowi postępowanie tj. infuzję płynów, transfuzję krwi własnej i obcej, niezbędne leki podawane w czasie i po zabiegu. Zgadzam się na uzasadnione medyczne zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezyjologicznego w tym zmianę rodzaju i zakresu znieczulenia.

UWAGI PACJENTA

.....

DATA PRZEPROWADZONEJ ROZMOWY

PODPIS PACJENTA/PACJENTKI

PODPIS I PIECZĘĆ LEKARZA