

PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Imię	PESEL	KOD KRESKOWY
Nazwisko	Nr Historii Choroby	

PROSIMY BARDZO DOKŁADNIE ODPOWIEDZIEĆ NA PODANE NA ODWRÓCIE PYTANIA. WSZYSTKIE NIEJASNOŚCI PROSIMY PORUSZYĆ PODCZAS ROZMOWY Z ANESTEZJOLOGIEM I W JEGO OBECNOŚCI PODPISAĆ ZGODĘ NA ZNIECZULENIE.

Proszę przeczytać pytania i zaznaczyć stosowną odpowiedź:

1.	Czy leczy się Pan/i ostatnio?		TAK		NIE
2.	Jeśli tak, to na jakie schorzenia?				
3.	Jakie leki Pan/i obecnie przyjmuje?				
4.	Czy był/a Pan/i operowany/a?		TAK		NIE
	1. W roku	Rodzaj zabiegu			
	2. W roku	Rodzaj zabiegu			
5.	Czy dobrze zniósł pan/i znieczulenie?		TAK		NIE
6.	Czy miał Pan/i transfuzję?		TAK		NIE
	1. Jeśli tak, to kiedy?				
	2. Czy dobrze zniósł Pan/i transfuzję?		TAK		NIE
7.	Czy choruje, chorował Pan/i na:				
A.	Choroby serca (zawał, niedokrwienie mięśnia sercowego, wada)		TAK		NIE
B.	Choroby krążenia (ciśnienie krwi wysokie/niskie, omdlenia, duszności, zmęczenie)		TAK		NIE
C.	Choroby naczyń (żylaki, bóle łydek przy chodzeniu, złe ukrwienie kończyn, zapalenie żył, choroba zakrzepowo - zatorowa)		TAK		NIE
D.	Choroby dróg oddechowych (astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli, gruźlica, zapalenie płuc)		TAK		NIE
E.	Choroby żołądka (zapalenie, choroba wrzodowa)		TAK		NIE
F.	Choroby wątroby (żółtaczką, zastój, stłuszczenie wątroby)		TAK		NIE
G.	Choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamienie nerkowe, nietrzymanie moczu)		TAK		NIE
H.	Choroby przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa)		TAK		NIE
I.	Choroby tarczycy (wole obojętne, nadczynność, niedoczynność)		TAK		NIE
J.	Choroby oczu (jaskra)		TAK		NIE
K.	Choroby nerwów (porażenie, drgawki, udar, padaczka, utraty przytomności)		TAK		NIE
L.	Choroby nastroju (depresja, nerwice)		TAK		NIE
Ł.	Choroby układu szkieletowego: bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, osłabienie mięśni, Reumatoidalne zapalenie stawów		TAK		NIE
M.	Choroby krwi i układu krzepnięcia (skłonność do krwawień, siniaków)		TAK		NIE
N.	Choroby nowotworowe		TAK		NIE
O.	Choroby skóry (łuszczyca, grzybica, zmiany ropne)		TAK		NIE



PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Imię	PESEL	KOD KRESKOWY
Nazwisko	Nr Historii Choroby	

8.	Uczulenia (katar sienny, wysypka, uczulenia pokarmowe, uczulenia na leki, plaster, jodynę)		TAK		NIE
9.	Inne schorzenia nie wymienione powyżej		TAK		NIE
	1. Jakie?				
10.	Czy jest Pani w ciąży?		TAK		NIE
11.	Czy nosi Pan/i protezy zębowe wyjmowane?		TAK		NIE
12.	Czy nosi Pan/i szkła kontaktowe, posiada protezę oka?		TAK		NIE
13.	Czy pali Pan/i papierosy?		TAK		NIE
	1. Jeśli tak, to ile?				
14.	Czy zażywa Pan/i środki nasenne i/lub uspokajające?		TAK		NIE
	1. Jeśli tak, to jakie i ile?				
15.	Czy w ciągu ostatniej doby spożywał/a Pan/i alkohol?		TAK		NIE

Data i podpis pacjenta

PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Imię	PESEL	KOD KRESKOWY	
Nazwisko	Nr Historii Choroby		
Data urodzenia	Wzrost	Waga	Oddział

WYPEŁNIA LEKARZ ANESTEZJOLOG:

Rodzaj zabiegu	
Rodzaj znieczulenia	
Ryzyko ASA	
Premedykacja	
Grupa krwi	
Zamówiona krew	
Osocze	
Temperatura	
Ciśnienie tętnicze	
Tętno	
Odchylenia w badaniach laboratoryjnych, RTG, EKG, inne	
Ocena trudności intubacyjnych	
Inne problemy	

Podpis lekarza