

PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Zadaniem anestezjologa jest znieczulenie pacjenta umożliwiające bezbolesne przeprowadzenie zabiegu operacyjnego. Anestezjolog dba o bezbolesność operacji przez zastosowanie znieczulenia ogólnego lub znieczulenia regionalnego powodującego bezbolesność tylko operowanej części ciała. W czasie operacji anestezjolog dba o bezpieczeństwo pacjenta, a po jej zakończeniu stosuje leczenie przeciwbólowe. Aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia powikłań, musicie Państwo wypełnić ankietę otrzymaną przed operacją. Na podstawie zebranych informacji anestezjolog doradzi najbardziej korzystny rodzaj znieczulenia. Podczas rozmowy z lekarzem anestezjologiem prosimy o podpisanie zgody na wybrany rodzaj znieczulenia.

IMIĘ:..... NAZWISKO:.....

PESEL lub data urodzenia:

WAGA:..... kg WZROST: cm ZAWÓD WYKONYWANY:

ROZPOZNIANIE:..... ZABIEG:.....

1) Uczulenia / LEKI, pokarmy, plaster, jodynę, lateks, pyłki i inne/	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
jeśli tak to proszę podać jakie:	
2) Czy leczy się Pan(i) ostatnio?	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
3) Jeśli tak, to jakie schorzenie(a)?:	
4) Jakie leki obecnie Pan(i) przyjmuje?:	
5) Jeśli był Pan(i) operowany(a), to proszę wypisać jakie zabiegi i kiedy:lat temu
lat temu
lat temu
6) Jeśli był Pan(i) operowany(a), to czy dobrze zniósł Pan(i) znieczulenie?	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie pamiętam <input type="checkbox"/>
7) Czy miał(a) Pan(i) transfuzję krwi?	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie pamiętam <input type="checkbox"/>
8) Choroby serca / zaburzenia rytmu, zawał, zapalenie, niedokrwienie mięśnia sercowego, wada, kardiostymulator, kardiowerter/	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
9) Choroby krążenia /ciśnienie krwi wysokie, niskie, omdlenia, szybkie męczenie się, duszności/	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>

10) Choroby naczyń /żylaki, zakrzepica żylna, bóle łydek przy chodzeniu, złe ukrwienie kończyn, zapalenie żył/	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
11) Choroby płuc i dróg oddechowych /astma, POChP, gruźlica, zapalenie płuc, rozedma, pylica, przewlekłe zapalenie oskrzeli, sarkoidoza/	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
12) Choroba żołądka /zapalenie, choroba wrzodowa, refluks/	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
13) Choroba wątroby / marskość, przebyta żółtaczka - WZW/	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
14) Choroby układu moczowego /zapalenie nerek, kamienie, nerkowe, trudności w oddawaniu moczu, przerost prostaty, znane trudności w zakładaniu cewnika Foley'a/	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
15) Choroby przemiany materii /cukrzyca, dna moczanowa/	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
16) Choroby tarczycy /wole obojętne, nadczynność, niedoczynność/	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
17) Choroby oczu /niedowidzenie, jaskra/	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
18) Choroby neurologiczne /przebyty udar, niedowłady, zaburzenia czucia, padaczka, miastenia, migrena/	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
19) Zmiany nastroju, depresja, nerwica, inne zaburzenia zdrowia psychicznego	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
20) Choroby układu mięśniowo-szkieletowego / stawów, rwa kulszowa, bóle korzonkowe, niestabilność kręgosłupa, osłabienie mięśni/	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Czy jest jakaś pozycja (ułożenie) ciała, której Pan(i) nie toleruje?	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
21) Choroby krwi i układu krzepnięcia /skłonność do krwawień, nadmiernych siniaków/	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
22) Inne schorzenia nie wymienione powyżej. Jakie?		
23) Czy jest Pani w ciąży?	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem <input type="checkbox"/>	
24) Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę?:	
25) Czy ma Pan(i) ruszające się zęby, protezy zębowe , aparat ortodontyczny, kolczyk w języku, aparat słuchowy, szkła kontaktowe?	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
26) Czy Pan(i) pali?	tak <input type="checkbox"/> ile?..... nie <input type="checkbox"/> od kiedy nie?.....	
27) Czy pije Pan(i) alkohol?	nie <input type="checkbox"/> mało <input type="checkbox"/> średnio <input type="checkbox"/> dużo <input type="checkbox"/>	
28) Czy zażywa Pan(i) środki uspokajające lub nasenne lub inne środki psychoaktywne?	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
data	podpis anestezjologa	podpis Pacjenta

wypełnia anestezjolog:	ASA	Mallampati.....
grupa krwi <input type="checkbox"/>	bad. lab.w/n tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> do sprawdzenia <input type="checkbox"/>
zaświadczenia <input type="checkbox"/>	konsultacje <input type="checkbox"/>
EKG <input type="checkbox"/>	uwagi:.....	
rtg. klp. <input type="checkbox"/>	