



PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

IMIĘ I NAZWISKO: data urodzenia
Numer historii choroby

Informacje zawarte w ankiecie anestezjologicznej stanowią integralną część dokumentacji medycznej i objęte są tajemnicą zawodową.

Na jaki zabieg wyraził Pan/Pani zgodę:

PROSIMY PAŃSTWA O ZAPOZNANIE SIĘ Z TREŚCIĄ ANKIETY I ZAZNACZENIE NAJCZĘŚCIEJ WYSTĘPUJĄCYCH PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH POPRZECZ ZAKREŚLENIE KÓŁKIEM ODPOWIEDNIO „TAK” LUB „NIE”

Uczucie nierównej pracy serca / napady kołatania serca / omdlenia	TAK	NIE
Napady braku tchu / kaszlu z odkrztuszaniem różowej wydzieliny	TAK	NIE
Uczucie pieczenia / gniecienia / ściskania w klatce piersiowej	TAK	NIE
Spanie z poduszkami pod głową, konieczność korzystania z ubikacji więcej niż raz w ciągu nocy, poranne obrzęki wokół kostek, przewlekłe zmęczenie	TAK	NIE
Powyższe dolegliwości nasiliły się w ciągu ostatniego miesiąca	TAK	NIE

Przewlekły kaszel, świszczący oddech, duszność	TAK	NIE
Chrypka	TAK	NIE
Częsta senność w ciągu dnia	TAK	NIE
Częste chrapanie	TAK	NIE
Przerwy w oddychaniu podczas snu	TAK	NIE
Palenie papierosów	TAK	NIE

Przedłużające się krwawienia z nosa	TAK	NIE
Przedłużające się lub nawracające krwawienia po zranieniach lub usunięciu zębów	TAK	NIE
Skłonność do powstawania siniaków	TAK	NIE
Złe gojenie się ran	TAK	NIE
Problemy z krzepnięciem krwi w rodzinie (rodzice, rodzeństwo, dzieci)	TAK	NIE
Przetoczenie krwi, jeżeli tak to z jakiego powodu:	TAK	NIE

Drgawki (kiedy był ostatni napad, jak często występują napady)	TAK	NIE
Zaburzenia pamięci	TAK	NIE
Problemy ze snem	TAK	NIE
Bóle głowy, zawroty głowy, choroba lokomocyjna	TAK	NIE
Oslabienie mięśni, kłopoty z połykaniem pokarmów, krztuszenie się	TAK	NIE
Zaburzenia czucia	TAK	NIE
Przewlekłe dolegliwości bólowe, jakie?	TAK	NIE

Ograniczenia ruchomości rąk lub nóg, problemy z kręgosłupem	TAK	NIE
Spadek masy ciała w ciągu ostatnich 6 miesięcy (o ile?)	TAK	NIE
Wzrost masy ciała w ciągu ostatnich 6 miesięcy (o ile?)	TAK	NIE

Inne dolegliwości	TAK	NIE
-------------------	-----	-----

Jakie?

1	3
2	4

Przyjmowane leki, suplementy diety, witaminy:

1	7
2	8
3	9
4	10
5	11
6	12

Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wymagali Państwo pomocy w codziennych czynnościach z powodu problemów ze zdrowiem

TAK NIE

Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wymagali Państwo pomocy lekarza z powodu nagłego zachorowania lub pogorszenia stanu zdrowia

TAK NIE

Powody pobytów w szpitalu lub wezwania pogotowia (rodzaj choroby, rodzaj operacji chirurgicznej):

1

2

3

4

Czy wystąpiły u Państwa trudności, problemy, powikłania podczas poprzednich znieczuleń
Jakie?

TAK NIE

Czy w Państwa rodzinie wystąpiły problemy w czasie znieczulenia (rodzice, rodzeństwo, dzieci) Jakie?

TAK NIE

Czy spożywa Pan/Pani alkohol? Jeśli tak, to jak często?

TAK NIE

Czy przyjmuje Pan/Pani inne używki? Jakie?

TAK NIE

Ruchome zęby, ruchome protezy zębowe, szkła kontaktowe, aparat słuchowy, piercing, implanty silikonowe

TAK NIE

Uczulenia na leki, jedzenie, pyłki, zwierzęta?

TAK NIE

Jakie?:

1

2

3

4

Jak wyglądały objawy uczulenia?

Czy jest Pani w ciąży?

TAK NIE NIE WIEM

Prosimy Państwa o dostarczenie dokumentacji medycznej dotyczącej przebiegu chorób oraz wykonanych badań obrazowych i laboratoryjnych.

Oświadczam, że wszystkie podane odpowiedzi są zgodne z prawdą i nie zataiłam/em żadnych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia.

Cieszyn, dnia Czytelny podpis