

Prosimy o wypełnienie ankiety dotyczącej Pani / Pana zdrowia. Prosimy o przygotowanie spisu używanych przez Panią / Pana leków.

NAZWISKO IMIĘ

Wiek Wzrost Waga Nr historii choroby

Wybór optymalnej metody znieczulenia do planowanego zabiegu operacyjnego oraz metod uśmierzania bólu pooperacyjnego zależy od Państwa odpowiedzi. Właściwą odpowiedź proszę zaznaczyć znakiem X

Czy miał/a Pan/i już zabieg operacyjny?			<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Rodzaj zabiegu	Rok wykonania	Znieczulenie ogólne	Znieczulenie inne	
Czy w związku ze znieczuleniem wydarzyło się coś szczególnego?				
.....				

PYTANIA OGÓLNE	Tak	Nie	Uwagi
Czy ktoś z najbliższej rodziny miał problemy z powodu znieczulenia?			
Czy miał/a Pan/i transfuzję krwi lub jej preparatów?			
Czy zgadza się Pan/i na konieczne dla ratowania życia przetoczenie preparatów krwiopochodnych?			
Czy w okresie ostatniego miesiąca odczuwał/a Pan/i duszność, ból w klatce piersiowej, nierówne bicie serca? *			
Czy choruje lub chorował/a Pan/i na:			
- choroby serca (zawał serca, choroba niedokrwienna)			
- nadciśnienie tętnicze			
- astmę oskrzelową			
- przewlekłe zapalenie oskrzeli			
- zapalenie płuc			
- choroby wątroby lub żółtaczkę			
- choroby nerek			
- cukrzycę lub zespół metaboliczny			
- choroby tarczycy			
- jaskrę lub zaćmę			
- chorobę wrzodową żołądka lub dwunastnicy			
- inne choroby, jakie?			
Czy w okresie ostatnich 2 tygodni był/a Pan/i przeziębiony/a?			
Czy kiedykolwiek miał/a Pan/i utratę przytomności, drgawki, zaburzenia czucia, udar mózgu?			
Czy ma {Pan/i zmiany zwyrodnieniowe stawów?			
Czy ma Pan/i skłonność do zasinień, czy długo krwawiących nawet niewielkich skaleczeń? Czy krwawią Pani/u dźgiasta?			
Czy ma Pan/i żylaki kończyn dolnych?			
Czy jest Pan/i uczulony/a na: leki, pokarmy, pyłki, kurz lub inne			
Czy systematycznie zażywa Pan/i leki przeciwbólowe. Jeśli tak proszę podać nazwę leku.....			ostatnio
Czy zażywa Pan/i: *			ostatnio
Polopirynę / Aspirynę / Acard / Polocard			ostatnio
Tiklopydynę / Kłopidogrel / Plavix			ostatnio
Sintrom / Acenokumarol / Warfarynę			ostatnio
Czy zażywa Pan/i leki nasenne lub uspokajające? Proszę podać nazwę leku i dawkę			
Czy kiedykolwiek zażywał/a pan/i narkotyki lub środki odurzające?			
Czy pali Pan/i papierosy, fajkę, cygara?			
Jeżeli tak, proszę podać: ile w ciągu doby Od ilu lat			
Czy pije Pan/i alkohol? Jak często?			
Czy nosi Pan/i protezy zębów, „mostki” lub posiada implanty? Czy stan uzębienia wymaga aktualnie leczenia (np. chwiejące się zęby)?			
Czy nosi Pan/i aparat słuchowy, sztuczne soczewki?			
PYTANIA DLA KOBIET			
Czy jest Pani w ciąży?			
Czy przyjmuje Pani leki antykoncepcyjne lub stosuje hormonalną terapię zastępczą?			
Proszę podać datę ostatniej miesiączki			