

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA



Imię i Nazwisko:

Data urodzenia:

PESEL:

1. Czy leczy się Pan/i ostatnio? Tak Nie Nie wiem

2. Jeśli tak to na jakie schorzenie?

.....
.....

3. Jakie leki obecnie Pan/i przyjmuje

.....
.....

4. Czy był/a już Pan/i operowany/a? Tak Nie Nie wiem

5. Czy dobrze zniósł/a Pan/i znieczulenie? Tak Nie Nie wiem

6. Czy miał/a Pan/i transfuzję krwi? Tak Nie Nie wiem

7. Choroby serca (zawał, zapalenie, niedokrwienie m. sercowego, wada) Tak Nie Nie wiem

8. Choroby krążenia (ciśnienie krwi wysokie, niskie, omdlenie, zmęczenie duszności) Tak Nie Nie wiem

9. Choroby naczyń (żyłaki, bóle łydek przy chodzeniu, złe ukrwienie kończyn, zapalenie żył) Tak Nie Nie wiem

10. Choroby płuc (gruźlica, zapalenie płuc, rozedma, pylica) Tak Nie Nie wiem

11. Choroby dróg oddechowych (astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli) Tak Nie Nie wiem

12. Choroby żołądka (zapalenie, choroba wrzodowa) Tak Nie Nie wiem

13. Choroby wątroby (żółtaczka, zastój, stłuszczenie wątroby) Tak Nie Nie wiem

14. Choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamienie nerkowe, trudności w oddawaniu moczu) Tak Nie Nie wiem

15. Choroby przemiany materii (cukrzyca, dna) Tak Nie Nie wiem

16. Choroby tarczycy (wole obojętne, nadczynność, niedoczynność) Tak Nie Nie wiem

17. Choroby oczu (np. jaskra) Tak Nie Nie wiem

18. Choroby nerwów (porażenia, drgawki, udar) Tak Nie Nie wiem

19. Zmiany nastroju (depresja, nerwica) Tak Nie Nie wiem

20. Choroby układu szkieletowego (np. bóle korzonkowe, zmiany kręgosłupa, stawów, osłabienie mięśni) Tak Nie Nie wiem

21. Choroby krwi i układu krzepnięcia (np. skłonność do krwawień, siniaków) Tak Nie Nie wiem

22. Uczulenia (katar sienny, wysypka, uczulenie na pokarmy, leki, plaster, jodynę, inne): Tak Nie Nie wiem

23. Inne schorzenia nie wymienione powyżej. Jakże: Tak Nie Nie wiem

24. Czy jest Pani w ciąży? Tak Nie Nie wiem

25. Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę? Nie wiem

26. Czy Pan/i pali? Tak Nie

Jeśli tak to ile na dobę? Od kiedy już nie?

27. Czy pije Pan/i alkohol? Nie Rzadko Niewiele Regularnie Regularnie dużo

28. Czy zażywa Pan/i środki uspokajające / nasenne / leki substancje psychoaktywne ? Tak Nie Nie wiem

Jakże :

MOJE PYTANIA :

.....
Data i podpis anestezjologa

.....
Data i podpis pacjenta lub opiekuna prawnego