

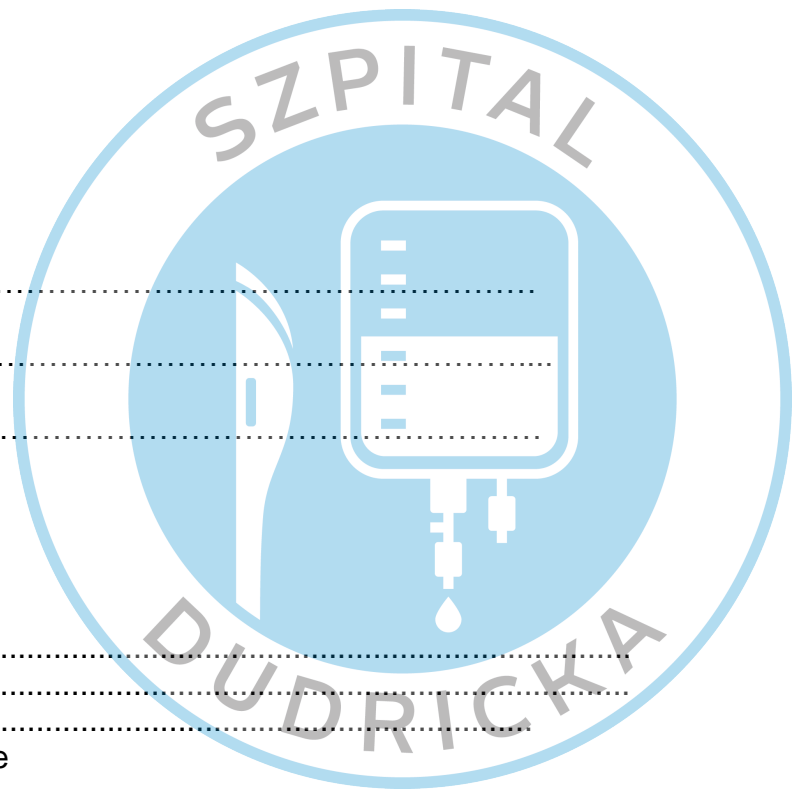
ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

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 (żylaki, 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 (żółtaczką, 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.
Tak Nie Nie wiem
Jakie:
.....
- 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
Jakie :
.....

PYTANIA:

.....
.....
.....
.....

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

.....
Data i podpis anestezjologa