



Przedoperacyjna Ankieta Anestezjologiczna

IMIĘ I NAZWISKO:.....PESEL:.....

MASA CIAŁA:

RODZAJ ZABIEGU:

PROSZĘ PRZECZYTAĆ PONIŻSZE PYTANIA I ZAZNACZYĆ STOSOWNĄ ODPOWIEDŹ

Czy był(a) już Pan/Pani operowany(a)? tak nie nie wiem

Czy dobrze zniósł Pan/Pani znieczulenie? tak nie nie wiem

Czy miał(a) Pan/Pani już transfuzję krwi? tak nie nie wiem

Czy dobrze zniósł Pan/Pani tę transfuzję? tak nie nie wiem

CZY CHORUJE LUB CHOROWAŁ(A) PAN/PANI NA:

– serce: zawał, choroba niedokrwienna, wada serca tak nie nie wiem

– krążenie: nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności tak nie nie wiem

– płuca: gruźlica, rozedma, pylica, astma, zapalenie oskrzeli tak nie nie wiem

– żołądek: choroba wrzodowa, zapalenie tak nie nie wiem

– wątroba: żółtaczkę, stłuszczenie, marskość tak nie nie wiem

– układ moczowy: zapalenie nerek, kamica, prostata tak nie nie wiem

– tarczycę: wole obojętne, nadczynność, niedoczynność tak nie nie wiem

– cukrzycę: dnę moczanową, porfirię tak nie nie wiem

– choroby oczu: jaskra tak nie nie wiem

– choroby nerwowe: porażenie, drgawki, udar, padaczka tak nie nie wiem

– zmiany nastroju: depresja, nerwice tak nie nie wiem

– choroby kręgosłupa: zmiany w stawach, osłabienie mięśni tak nie nie wiem

– choroby krwi: skłonności do krwawień, zakrzepica naczyń tak nie nie wiem

– uczulenia: leki, plaster, katar sienny tak nie nie

wiem Czy pije Pan/Pani alkohol? tak nie nie wiem

Czy jest Pani w ciąży? tak nie nie wiem

Protezy zębowe wyjmowane tak nie

Szkła kontaktowe, protezy oka tak nie

Czy Pan/Pani pali? Jeśli tak to ile?

Czy używa Pan/Pani środki nasenne lub uspokajające? Jeśli tak to jakie i ile?

.....

Inne schorzenia:

Jakie leki przyjmuje Pan/Pani obecnie

.....

OŚWIADCZENIE PACJENTA I ZGODA NA ZNIECZULENIE

Dr.....przeprowadził(a) ze mną rozmowę wyjaśniającą problem znieczulenia do operacji. Podczas tej rozmowy mogłem(am) pytać o wszystkie interesujące mnie problemy dotyczące rodzaju znieczulenia, związanego z tym ryzyka oraz o inne okoliczności, które mogą wystąpić przed i po operacji. NIE MAM WIĘCEJ PYTAŃ.

Niniejszym wyrażam zgodę na znieczulenie ogólne/regionalne do zabiegu operacyjnego. Zgadzam się na towarzyszące zabiegowi postępowanie, tj. infuzje płynów, transfuzje krwi własnej i obcej*, niezbędne leki podawane w czasie i po zabiegu. Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego, w tym zmianę rodzaju i zakresu znieczulenia.

*nie zgadzam się na przetoczenia krwi lub jakichkolwiek jej preparatów

Data przeprowadzonej rozmowy Podpis lekarza

Podpis pacjenta