



## ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Proszę przeczytać pytania i zaznaczyć stosowną odpowiedź.

1) Czy leczy się Pani/Pan ostatnio?  TAK  NIE

2) Jeśli tak, to na jakie schorzenia?  
.....

3) Jakie leki Pani/Pan obecnie przyjmuje?  
.....

4) Czy była/był Pani/Pan operowana/y?  TAK  NIE

a) w roku .....

b) w roku .....

5) Czy dobrze zniósł Pani/Pan znieczulenie?  TAK  NIE

6) Czy miała/ł Pani/Pan transfuzję krwi ?  TAK  NIE

a) kiedy? .....

b) czy dobrze zniosła/zniósł Pani/Pan transfuzję?  TAK  NIE

7) Czy choruje chorowała/ł Pani/Pan na:

- choroby serca (zawał zapalenie, niedokrwistość m. sercowego, wada)  TAK  NIE

- choroby krążenia (ciśnienie krwi wysokie, niskie, omdlenia, duszności zmęczenie)  TAK  NIE

- choroby naczyń (żylaki bóle łydek przy chodzeniu, złe ukrwienie kończyn, zapalenie żył)  TAK  NIE

- choroby płuc (gruźlica, zapalenie płuc, rozedma, pylica)  TAK  NIE

- choroby dróg oddechowych (astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli)  TAK  NIE

- choroby żołądka (zapalenie, choroba wrzodowa)  TAK  NIE

- choroby wątroby (żółtaczką, zastój, stłuszczenie wątroby)  TAK  NIE

- choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamienie nerkowe)  TAK  NIE

- choroby przemiany materii (cukrzyca, dna)  TAK  NIE

- choroby tarczycy (wole obojętne, nadczynność, niedoczynność)  TAK  NIE

- choroby oczu (jaskra)  TAK  NIE

- choroby nerwów (porażenie, drgawki, udar)  TAK  NIE

- choroby nastroju (np. depresja, nerwice)  TAK  NIE



## ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

- choroby układu szkieletowego (np. bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, osłabienie-mięśni)  TAK  NIE

- choroby krwi i układu krzepnięcia (skłonność do krwawień, siniaków, zakrzepica naczyń)  TAK  NIE

8) Uczulenia (katar sienny, wysypka, uczulenia pokarmowe, leki, plaster, jodyna). Inne schorzenia, nie wymienione powyżej.

Jakie?.....

9) Czy Pani jest w ciąży?  TAK  NIE

10) Czy nosi Pani/Pan protezy zębowe – wymowane?  TAK  NIE

11) Czy nosi Pani/Pan szkła kontaktowe, posiada protezę oka?  TAK  NIE

12) Czy Pani/Pan pali?  TAK  NIE

Jeśli tak, to ile? .....

13) Czy zażywa Pan(-i) środki nasenne lub alkohol?  TAK  NIE

Jakie i ile? .....

Katowice, dnia .....

Podpis Pacjenta .....

Podpis lekarza anestezjologa .....