

**ANESTEZJOLOGICZNA ANKIETA PRZEDOPERACYJNA**

Uprzejmie proszę o wypełnienie ankiety możliwie najdokładniej, ułatwi to anestezjologowi wybór najlepszej i najbezpieczniejszej metody znieczulenia do operacji, której Pan/Pani zamierza się poddać.

Proszę o zakreślenie odpowiedzi **tak** lub **nie**

Jeżeli odpowiedź brzmi **tak** proszę opisać ją w miejscu – Komentarz pacjenta:

Imię i nazwisko PESEL

wiek..... wzrost..... waga.....

1.Czy choruje Pan/Pani na serce lub ma jakiegokolwiek dolegliwości? (choroba wieńcowa, zawał serca, zaburzenia rytmu, nadciśnienie tętnicze)	Tak	Nie
2.Czy chorowała Pan/Pani na płuca? (zapalenia płuc, częste zapalenia oskrzeli. Astma)	Tak	Nie
3.Czy jest Pan/Pani na coś uczulona? (leki, plaster, jod, pokarmy, pyłki roślin, inne substancje chemiczne)	Tak	Nie
4.Czy chorowała Pan/Pani lub choruje na choroby układu nerwowego? (ból głowy, utraty świadomości, udar, padaczka, ból korzonkowy)	Tak	Nie
5.Czy chorowała Pan/Pani na wątrobę lub nerki?	Tak	Nie
6.Czy choruje Pan/Pani zaburzenia metaboliczne lub hormonalne? (niedoczynność, nadczynność tarczycy, cukrzyca i inne)	Tak	Nie
7.Czy choruje Pan/Pani na inną nie wymienianą chorobę? (np. choroba wrzodowa żołądka, inne)	Tak	Nie
8.Czy była Pan/Pani 'usypiana' lub znieczulana jakiegokolwiek zabiegu, operacji?	Tak	Nie
9.Czy przyjmuje Pan/Pani obecnie jakieś leki? (zastrzyki, tabletki, czopki, tabletki antykoncepcyjne)	Tak	Nie
10.Czy pali Pan/Pani papierosy?	Tak	Nie
11.Czy podejrzewa Pani że może być w ciąży?	Tak	Nie
12.Czy choruje Pan/Pani na choroby hematologiczne, zaburzenia układu krzepnięcia (łatwe siniaczenie, przedłużone krwawienie po skaleczeniu, po zabiegach stomatologicznych, przedłużające się miesiączki)	Tak	Nie
13.Czy pije Pan/Pani alkohol, używa substancji narkotycznych lub psychoaktywnych	Tak	Nie
14.Czy leczy się Pan/Pani na choroby psychiczne	Tak	Nie
15.Czy miał Pan/Pani w przeszłości toczoną krew lub inne preparaty krwiopochodne	Tak	Nie

Komentarz Pacjenta:

.....

Uwaga!

- Proszę pamiętać, że nie wolno jeść ani pić 6 godzin przed operacją.
- Proszę przynieść ze sobą wypełnioną ankietę oraz wyniki badań laboratoryjnych zleconych wcześniej przez lekarza prowadzącego.
- Jeżeli używa Pani/Pan soczewek kontaktowych lub ruchomych protez zębowych proszę o poinformowanie lekarza prowadzącego.
- Brodę i wąsy proszę krótko przystryżać lub zgolić do zabiegu w znieczuleniu ogólnym.

Data i podpis Pacjenta.....

Kwalifikacja anestezjologiczna do znieczulenia

Pacjent/ka zakwalifikowany/a do znieczulenia

Ryzyko znieczulenia wg ASA

Lekarz kwalifikujący
Data i podpis