ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

prosimy o uważne wypełnienie przed wizyta kwalifikacyjną u anestezjologa

1. Czy pozostaje Pan/ Pani pod opieka lekarza specjalisty? Jeśli tak - jaki specjalista:

---

2. Czy zażywał Pan/ Pani leki w ostatnich dniach lub tygodniach? Jeśli tak, proszę wymienić:

---

3. Przebyte wcześniej operacje i pobyty w szpitalach, jeśli były – proszę wymienić

---

3. Czy wystąpiły powikłania w czasie poprzednich znieczuleń? Jakie?

---

4. Dotyczy kobiet: czy może być Pani aktualnie w ciąży?

---

5. Proszę zaznaczyć i podkreślić, jeśli stwierdzono u Pana/Pani choroby:

☐ Alergie (jakie?)

Pokarmowe | Po lekach | Po substancjach chemicznych

☐ Choroby układu krążenia

Zaburzenie rytmu serca | Choroba wieńcowa/Dusznica, Zawał serca (kiedy?.....) | Zapalenie mięśnia sercowego, Nadciśnienie tętnicze | Niskie ciśnienie krwi Zakrzepica żył | Żylaki

☐ Choroby układu oddechowego

Przewlekłe zapalenie oskrzeli | Astma oskrzelowa | Zapalenia płuc | Gruźlica | Rozedma płuc | Kaszel nawracający | Duszność

☐ Choroby wątroby

Żółtaczka mechaniczna | Żółtaczka zakaźna | Marskość wątroby

☐ Choroby nerek

Podwyższone wartości kreatyniny | Niewydolność nerek

☐ Choroby metaboliczne

Schorzenia tarczycy, cukrzyca

☐ Zaburzenia słuchu

prosimy o uważne wypełnienie przed wizyta kwalifikacyjną u anestezjologa

6. Czy pali Pan/Pani papierosy?

.....

7. Czy nadużywa Pan/Pani alkoholu?

.....

8. Proszę wymienić przyjmowane przewlekle leki i ich dawki:

.....

.....

.....

NOTATKI, PYTANIA

.....

data i podpis lekarza

.....

data i podpis