

Przedoperacyjna Ankieta Anestezjologiczna

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: żółtaczką, 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

Szklą 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