

PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

GRUPA KRWI

Nazwisko Imię

Wiek Wzrost Waga

1. Leczenie szpitalne TAK NIE NIE WIEM

Jeżeli tak, to z jakiego powodu?

.....
.....

2. Przebyte zabiegi operacyjne TAK NIE NIE WIEM

Jeżeli tak, to jakie?

.....
.....

3. Czy w czasie znieczulenia podczas operacji zdarzyło się coś szczególnego? TAK NIE NIE WIEM

Jeżeli tak, to co?

.....
.....

4. Przyjmowane leki TAK NIE NIE WIEM

Jeżeli tak, to jakie?

.....
.....

5. Stosowanie używek papierosy alkohol narkotyki

.....
.....

6. Wzmoczona skłonność do krwawień, sińców TAK NIE NIE WIEM

.....
.....

7. Przewód pokarmowy:

Choroba wrzodowa TAK NIE NIE WIEM

Biegunki i zaparcia TAK NIE NIE WIEM

8. Układ krążenia:

Tolerancja wysiłku TAK NIE NIE WIEM

Obrzęki TAK NIE NIE WIEM

Choroba wieńcowa TAK NIE NIE WIEM

Niewydolność krążenia TAK NIE NIE WIEM

Czy stwierdzono u pacjenta wadę serca TAK NIE NIE WIEM

Czy pacjent był leczony kardiologicznie TAK NIE NIE WIEM

9. Układ oddechowy:

Duszność, kaszel TAK NIE NIE WIEM

Zapalenie oskrzeli TAK NIE NIE WIEM

Astma TAK NIE NIE WIEM

Inne schorzenia płuc TAK NIE NIE WIEM

10. Wątroba:

Wirusowe zapalenie wątroby TAK NIE NIE WIEM

Inne choroby wątroby i dróg żółciowych TAK NIE NIE WIEM

11. Nerki:

Niewydolność nerek (wysoki mocznik) TAK NIE NIE WIEM

Kamica nerkowa TAK NIE NIE WIEM

Zapalenia dróg moczowych TAK NIE NIE WIEM

Inne schorzenia dotyczące nerek lub dróg moczowych TAK NIE NIE WIEM

12. Układ nerwowy:

Drgawki TAK NIE NIE WIEM

Utraty przytomności w wywiadzie TAK NIE NIE WIEM

Padaczka TAK NIE NIE WIEM

Udar mózgu TAK NIE NIE WIEM

Inne schorzenia układu nerwowego TAK NIE NIE WIEM

13. Diabetologia i endokrynologia:

Cukrzyca TAK NIE NIE WIEM

Choroby tarczycy

TAK

NIE

NIE WIEM

Inne

TAK

NIE

NIE WIEM

14. Nadwrażliwości i alergie:

Leki

TAK

NIE

NIE WIEM

Pokarmy

TAK

NIE

NIE WIEM

Wysypki skórne

TAK

NIE

NIE WIEM

Katar sienny

TAK

NIE

NIE WIEM

Duszność i obrzęki

TAK

NIE

NIE WIEM

Inne

TAK

NIE

NIE WIEM

15. Uzębienie

16. Wywiad ginekologiczny

17. Jaskra

TAK

NIE

NIE WIEM

18. Inne

Data

Podpis osoby przeprowadzającej ankietę

Podpis pacjenta