

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA DLA OSOBY DOROSŁEJ

Ankieta należy wypełnić przed konsultacją anestezjologiczną. Informacje uzyskane dzięki odpowiedziom na poniższe pytania, pozwolą lekarzowi anestezjologowi wybrać najbardziej odpowiedni sposób znieczulenia i zwiększą Państwa bezpieczeństwo przed, w trakcie i po zabiegu w znieczuleniu ogólnym.

Koniecznym jest dostarczenie dokumentacji medycznej (karty wypisowej ze szpitali, konsultacje, wyniki badań itp.) W trakcie konsultacji lekarz zada Państwu dodatkowe pytania i wyjaśni wątpliwości.

Imię i Nazwisko:

Waga : PESEL

Proszę wypełnić ankietę zakreślając właściwą odpowiedź

Czy leczy się Pan/i na choroby przewlekłe?

TAK

NIE

Czy przyjmuje Pan/i na stałe leki?

TAK

NIE

Jeśli tak to jakie:

Czy miał już Pan/i zabiegi wykonywane w znieczuleniu lub sedacji?

TAK

NIE

Czy u Pana/i wystąpiły powikłania po znieczuleniu lub sedacji?

TAK

NIE

Czy u krewnych Pana/i wystąpiły powikłania po znieczuleniu lub sedacji?

TAK

NIE

Czy miał(a) Pan/i przetaczaną krew?

TAK

NIE

Czy choruje Pan/i na WZW?

TAK

NIE

Czy pali Pan/i papierosy?

TAK

NIE

Czy leczy bądź leczył(a) się Pan/i z powodu następujących chorób? :

1. choroby układu krążenia:

- a) zawał mięśnia sercowego
 TAK NIE
- b) nadciśnienie
 TAK NIE
- c) choroba wieńcowa
 TAK NIE
- d) zaburzenia rytmu serca
 TAK NIE

2. choroby układu oddechowego

- a) zapalenie płuc lub oskrzeli
 TAK NIE
- b) przewlekła obturacyjna choroba płuc POChP
 TAK NIE
- c) astma
 TAK NIE

3. choroby metaboliczne

- a) cukrzyca
 TAK NIE
- b) porfirie
 TAK NIE
- c) nadczynność lub niedoczynność tarczycy
 TAK NIE

4. choroby układu nerwowego

- a) padaczka
 TAK NIE
- b) udar
 TAK NIE
- c) zaburzenia krążenia mózgowego
 TAK NIE

5. choroby mięśni

- a) miastenia
 TAK NIE
- b) wiotkość mięśni
 TAK NIE
- c) wiotkość mięśni w rodzinie
 TAK NIE
- d) dystrofie
 TAK NIE

7. choroby jamy ustnej

- a) utrudnione otwieranie ust
 TAK NIE
- b) chwiejące się zęby
 TAK NIE
- c) parodontoza
 TAK NIE
- d) protezy, mosty
 TAK NIE
- e) aparat ortodontyczny
 TAK NIE

8. choroby krwi i układu krwiotwórczego

- a) krwawienia z nosa lub dziąseł
 TAK NIE
- b) łatwo powstające siniaki
 TAK NIE
- c) anemia
 TAK NIE
- d) zaburzenia krzepliwości krwi
 TAK NIE

9. Uczulenia na

- a) leki
 TAK NIE
- b) alergenów wziewnych
 TAK NIE
- c) alergenów pokarmowych
 TAK NIE
- d) soja
 TAK NIE
- e) alergenów kontaktowych np. plaster
 TAK NIE

10. Choroby oczu i uszu

- a) jaskra
 TAK NIE
- b) zaćma
 TAK NIE
- c) głuchota
 TAK NIE
- d) zaburzenia równowagi
 TAK NIE

<p>6. choroby układu ruchu</p> <p>a) utrudnienia w ruchomości kręgosłupa <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>b) choroba reumatyczna <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>	<p>11. choroby psychiczne</p> <p>a) nerwice <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>b) depresja <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>12. urazy głowy i narządów <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
---	--

ZGODA NA ZNIECZULENIE

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że po wypełnieniu powyższego formularza i przeprowadzeniu rozmowy z anestezjologiem dotyczącej postępowania przed-, śród- i pooperacyjnego, zrozumiałam/em wyjaśnienia i zadałam/em wszystkie interesujące mnie pytania w szczególności dotyczące rodzaju znieczulenia, jego zalet, wad oraz możliwości powikłań. Na moje pytania uzyskałam/em całkowite i w pełni zrozumiałe wyjaśnienia. Nie mam żadnych dalszych pytań. Po wnikliwym namyśle wyrażamy zgodę na zastosowanie proponowanego sposobu znieczulenia i wykonanie zabiegów związanych ze znieczuleniem wyjaśnionych nam przez lekarza.

Zgadzam/y się również na uzasadnione medycznie postępowanie (np. przetoczenie płynów, dodatkowe wkłucie dożylnie). Zgłaszam następujące ograniczenia towarzyszącego postępowania medycznego:

.....

.....

.....

.....
DATA I PODPIS PACJENTA

.....
PODPIS I PIECZATKA LEKARZA

OŚWIADCZAM, ŻE NIE JADŁA/EM I NIE PIŁEM OD 6 GODZIN

.....
DATA I PODPIS PACJENTA