

## Ankieta anestezyjologiczna przed konsultacją anestezyjologiczną

### DANE PACJENTA:

Wiek [lat]:

Masa ciała [kg]:

Wzrost [m]:

Wywiad chorobowy (wypełnia pacjent) – Proszę wstawić X w polu TAK/NIE/NIE WIEM

	TAK	NIE	NIE WIEM
Choroba wieńcowa			
Przebyty zawał mięśnia sercowego			
Nadciśnienie tętnicze			
Zaburzenia rytmu serca			
Niewydolność krążenia			
Wada serca			
Żylaki kończyn dolnych			
Zapalenie żył			
Obrzęki			
Zapalenie płuc			
Gruźlica			
Częste zapalenia oskrzeli			
Astma oskrzelowa			
Rozedma płuc			
Duszność			
Przewlekła obturacyjna choroba płuc			
Czynna infekcja dróg oddechowych			
Padaczka i drgawki			
Bóle głowy, migreny			
Bóle korzonkowe			
Omdlenia			
Przebyty udar mózgu			
Utraty świadomości			
Porażenia, niedowłady			
Żółtaczka			
Marskość wątroby			
Zapalenie wątroby			
Żylaki przelyku			
Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy			
Kamica nerkowa			
Zapalenie nerek			
Częste infekcje dróg moczowych			
Trudności w oddawaniu moczu			
Niewydolność nerek			
Choroby tarczycy			

Cukrzyca			
Dna moczanowa			
Porfiria			
Jaskra			
Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa			
Zmiany stawowe			
Oslabienie mięśni			
Choroby mięśni			
Skłonność do krwawienia i siniaków			
Białaczka			
Małopłytkowość			
Nad krzepliwość			
Zaburzenia odporności			
HIV/AIDS			
Ciąża			
Choroba lokomocyjna (nudności, wymioty w czasie podróży samochodem, statkiem			
Palenie papierosów			
Spożywanie alkoholu			

Czy choruje Pan/-i ja jakieś inne poważne choroby nie wymienione powyżej?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	NIE WIEM <input type="checkbox"/>
Jeśli TAK, to proszę poniżej opisać te schorzenia, dodać informacje, które uważa Pan/-i za istotne:			

Przebyte zabiegi operacyjne i znieczulenia.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	NIE WIEM <input type="checkbox"/>
Jeśli TAK to jakie? Proszę podać w którym roku. Rodzaj znieczulenia. Czy były jakiegokolwiek kłopoty przy znieczuleniu? Powikłania? Jakie?			

Uczulenia na leki, pokarmy i inne substancje.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	NIE WIEM <input type="checkbox"/>
Jeśli TAK, to na jakie leki lub co wywołuje alergię. Proszę wymienić. Proszę wpisać czym objawia się uczulenie (np. wysypka, obrzęk, zapaść, katar sienny itp. )			

Przebyte przetoczenia krwi i preparatów krwiopochodnych.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	NIE WIEM <input type="checkbox"/>
Jeśli TAK, to czy wystąpiły jakieś powikłania poprzetoczeniowe? Jakie?			

Przyjmowane leki (nazwa, dawki)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	
Proszę wymienić jakie. Proszę podać dawki. Proszę podać wszystkie przyjmowane leki w tym również leki bez recepty, preparaty ziołowe, suplementy diety.			

Stymulator serca, wszczepiony kardiowerter-defibrylator.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	
Jeśli TAK, to proszę podać typ, rodzaj, datę wszczepienia i datę ostatniej kontroli urządzenia.			

Protezy zębowe, mostki, korony.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	
Jeśli TAK, to proszę zaznaczyć:			
8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8	
STRONA LEWA		STRONA PRAWA	
8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8	

**OŚWIADCZAM, ŻE PODAŁEM/AM INFORMACJE ZGODNE Z PRAWDĄ ORAZ ŻE NIE ZATAIŁEM/AM ISTOTNYCH FAKTÓW DOTYCZĄCYCH MOJEGO STANU ZDROWIA, ZAŻYWANYCH LEKÓW I PRZEBYTYCH CHOROÓB I OPERACJI.**

Data:

Podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

.....

.....