



Pacjent, Imię

Pacjent, Nazwisko

Data urodzenia

Pacjent, Inne, Data urodzenia

Pacjent, Adres, Pełen

Przedoperacyjna ankieta anestezyjologiczna

Szanowna Pani, Szanowny Panie!

Ankieta przedoperacyjna ma na celu zebranie informacji na podstawie których możliwe będzie wybranie najbardziej korzystnego postępowania anestezyjologicznego. Pana(i) współpraca przyczyni się do optymalnego przebiegu znieczulenia. Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania.

Dr n. med. Tomasz Nikodemski
Specjalista Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Proszę o zakreślenie właściwej odpowiedzi , oraz wpisanie informacji dużymi literami. Jeżeli tak to proszę podać z jakiego powodu.

Jak Pan/Pani życzy sobie, aby się do niego/niej zwracać?
Ostatni raz JADŁEM/AM o godz. i PIŁEM/AM o godz.	
Czy jest Pan/i pod stałą opieką lekarza z powodu choroby przewlekłej?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy przyjmuje Pan/i obecnie leki, witaminy, zioła?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy Pan/i był/a leczony/a w szpitalu lub był/a operowany/a?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy podczas wcześniejszych znieczuleń (narkozy) Pana/i były jakieś objawy niepożądane (powikłania)?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy wśród Pana/i krewnych zdarzyły się jakieś powikłania związane ze znieczuleniem (narkozą)?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy był/a Pan/i leczony/a z powodu chorób serca lub układu krążenia?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy choruje Pan/i na choroby płuc i oskrzeli ?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy ma Pan/i zaburzenia hormonalne ?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy choruje Pan/i na choroby związane z zaburzeniami krzepnięcia krwi lub występowały przedłużone krwawienia po urazach lub małych zabiegach?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy choruje Pan/i na cukrzycę?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy choruje Pan/i na choroby mięśniowe lub nadmierna wiotkość mięśni?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy chorował/a Pan/i na choroby układu moczowego / nerek ?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy występuje katar sienny, pokrzywka, wysypka?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy jest Pan/i uczulony/a na leki, żywność lub inne substancje?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy leczony/a jest Pan/i z powodu schorzeń układu nerwowego ?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Proszę podać czy Pan/i choruje na inne wyżej niewymienione choroby	

Aktualna masa ciała kg

Oświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe

Data Dane administracyjne, Data Pacjent, Imię Pacjent, Nazwisko

podpis pacjenta

Tel Pacjent, Telefon**ZGODA NA ZNIECZULENIE**

Po przeprowadzeniu rozmowy wyjaśniającej postępowanie przed-, śród-, i pooperacyjne, zrozumiałem(am) wyjaśnienia i zadałem(am) wszystkie interesujące mnie pytania w szczególności dotyczące rodzaju znieczulenia, jego zalet i wad. Nie mam żadnych dalszych pytań. Zgadzam się, aby planowany zabieg został przeprowadzony w znieczuleniu ogólnym.

Zgadzam się również na uzasadnione medycznie postępowanie towarzyszące (np. przetoczenie płynów, krwi, dodatkowe wklucie dożylnie).

Zgłaszam następujące ograniczenia towarzyszącego postępowania medycznego:

Data Dane administracyjne, Data Pacjent, Imię Pacjent, Nazwisko

podpis pacjenta