



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 dziecko lubi aby się do niego zwracać?
Dziecko ostatni raz JADŁO o godz. i PIŁO o godz.	
Czy jest pod stałą opieką lekarza z powodu choroby przewlekłej?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy przyjmuje obecnie leki, witaminy, zioła?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy dziecko było leczone w szpitalu lub było operowane?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy podczas wcześniejszych znieczuleń (narkozy) dziecka były jakieś objawy niepożądane (powikłania)?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy wśród krewnych dziecka zdarzyły się jakieś powikłania związane ze znieczuleniem (narkozą)?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy było leczone z powodu chorób serca lub układu krążenia?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy choruje na choroby płuc i oskrzeli ?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy ma zaburzenia hormonalne ?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy choruje 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 na cukrzyce?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy choruje na choroby mięśniowe lub nadmierna wiotkość mięśni?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy chorowało 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 uczulone na leki, żywność lub inne substancje?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy leczone jest z powodu schorzeń układu nerwowego ?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Proszę podać czy dziecko choruje na inne wyżej niewymienione choroby	

Aktualna masa ciała kg

Oświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe

Data Dane administracyjne, Data

Pacjent, Rodzina,
Opiekun osoby

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). Zgodę wyrażam w porozumieniu z drugim prawnym opiekunem dziecka.

Zgłaszam następujące ograniczenia towarzyszącego postępowania medycznego:

.....

Data Dane administracyjne, Data

Pacjent, Rodzina,
Opiekun osoby

podpis pacjenta