ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

(wypełnia Pacjent)

Imię i Nazwisko: _____ **wiek:** _____

PESEL: _____ **WAGA:** _____ **WZROST:** _____

Pouczenie: _____

Każda procedura medyczna może stanowić zagrożenie dla życia i zdrowia pacjenta. W celu bezpiecznego przeprowadzenia znieczulenia konieczne jest poznanie występujących u Pani/a obciążeń związanych z przeszłością chorobową i aktualnym stanem zdrowia.
Proszę o dokładne przeczytanie i udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania:

Czy w przeszłości lub obecnie leczył/a się Pan/i z powodu:	TAK	NIE
Chorób serca np.: zawał, choroba wieńcowa, zaburzenia rytmu, wady serca, inne:		
Nadciśnienia tętniczego		
Chorób układu oddechowego np.: astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli/krtani, gruźlica, inne:		
Chorób naczyń np.: żylaki, złe ukrwienie kończyn, bóle łydek, zapalenie żył, inne:		
Chorób układu nerwowego np.: udar mózgu, niedowład, padaczka, inne:		
Cukrzycy		
Chorób tarczycy, jeśli tak to jakie?:		
Chorób przewodu pokarmowego np.: choroba wrzodowa, zapalenie jelita grubego, inne:		
Chorób wątroby np.: marskość, żółtaczka, inne:		
Chorób układu moczowego np.: niewydolność nerek, trudności w oddawaniu moczu, inne:		
Chorób oczu np.: jaskra, inne:		
Chorób psychicznych np.: depresji, bezsenności, nerwicy, schizofrenii, inne:		
Chorób układu kostno-stawowego:		
Chorób krwi i układu krzepnięcia:		
Innych chorób (nie wymienionych powyżej):		
Czy jest Pan/i uczulony/a na leki, jad, pokarmy, plaster, jodynę, inne środki chemiczne, lateks, inne:		
Jakie były objawy uczulenia:		
Czy nosi Pan/i protezy zębowe, protezy oka, szkła kontaktowe, inne:		
Czy jest Pani w ciąży?		
Czy pali Pan/i papierosy lub inne wyroby tytoniowe?		
Czy nadużywa Pan/i alkoholu lub innych używek?		
Czy był/a Pan/i znieczulany/a. Czy były problemy związane ze znieczuleniem		

Proszę wymienić wszystkie przyjmowane ostatnio leki:

Uzupełnienie wywiadu/uwagi:

Oświadczam, że nie zataiłam/em żadnych informacji o moim stanie zdrowia, dotychczasowym leczeniu, czy przyjmowanych leków. Potwierdzam, że w ciągu ostatnich 6 godzin nie jadłam/em, a w ciągu 4 godzin niczego nie piłam/em. Jednocześnie oświadczam, że miałam/em nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego znieczulenia i uzyskałam/em zrozumiałe dla mnie i wyczerpujące informacje.

Wyrażam świadomą zgodę na proponowane znieczulenie i na uzasadnione medycznie rozszerzenie postępowania anestezjologicznego.

Podpis Pacjenta: _____