



ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA



KWALIFIKACJA DO ZNIECZULENIA

64-920 Piła, al. Wojska Polskiego 43

Od starannego, pełnego i zgodnego z prawdą wypełnienia kwestionariusza zależy Pani/Pana bezpieczeństwo. Na jego podstawie, po rozmowie i badaniu fizykalnym, lekarz anestezjolog dokona oceny i kwalifikacji do optymalnego rodzaju znieczulenia.

Po przeanalizowaniu kwestionariusza anestezjolog spotka się z Państwem w celu przedstawienia postępowania zabiegowego szacowanego ryzyka oraz uzyskania Państwa świadomej zgody na znieczulenie. W żadnym wypadku nie wolno podpisywać zgody pod nieobecność anestezjologa oraz przed uzyskaniem odpowiedzi na wszelkie nurtujące Panią/Pana wątpliwości.

Proszę zabrać ze sobą karty informacyjne z wszystkich poprzednich pobytów w szpitalu.

Jeżeli leczysz z się przewlekle głównie w POZ nr na nadciśnienie, cukrzycę itp to Prosimy o dostarczenie: KRÓTKIEJ INFORMACJI O STANIE ZDROWIA OD LEK. RODZINNEGO i AKTUALNYM LECZENIU.

Poniższe pytania dotyczą twego stanu wiedzy na temat swojego zdrowia. Jeśli masz wątpliwości podkreśl dany punkt i zapytaj anestezjologa. Jeśli odpowiesz na któreś pytanie Tak - dodatkowe informacje na temat choroby możesz umieścić pod ankietą w punkcie: „Inne uwagi dotyczące stanu zdrowia” (przykładowo Padaczka TAK - „od 10 lat, lecę się u neurologa, mam napady raz w miesiącu”).

Imię i Nazwisko: Pesel: _ _ _ _ _

Waga (kg):

Wzrost(cm):.....

Czy jesteś w stanie bez odpoczynku wejść na pierwsze piętro			TAK	NIE	
Czy jesteś w stanie bez odpoczynku przejść 100m po płaskim			TAK	NIE	
Choroba niedokrwienna serca	TAK	NIE	Porażenia niedowładny:	TAK	NIE
Zawał serca:	TAK	NIE	Bóle kręgosłupa:	TAK	NIE
Kiedy ? ile razy?			Leczę się u psychiatry:	TAK	NIE
Nadciśnienie tętnicze:	TAK	NIE	Choroba wrzodowa:	TAK	NIE
Wada serca:	TAK	NIE	Cukrzyca:	TAK	NIE
Operacje serca:	TAK	NIE	Choroba tarczycy:	TAK	NIE
Zaburzenia rytmu serca:	TAK	NIE	Skłonność do krwawień:	TAK	NIE
Rozrusznik:	TAK	NIE	Anemia:	TAK	NIE
Duszność:	TAK	NIE	Przetoczenia krwi:	TAK	NIE
Niewydolność krążenia:	TAK	NIE	Reumatyzm:	TAK	NIE
Astma:	TAK	NIE	Choroby nerek:	TAK	NIE
Zapalenie oskrzeli(kiedy):	TAK	NIE	Dializy:	TAK	NIE
Zapalenia płuc (kiedy):	TAK	NIE	Marskość wątroby:	TAK	NIE
Nawracające omdlenia:	TAK	NIE	Zapalenie wątroby:	TAK	NIE
Padaczka	TAK	NIE	Inne choroby wątroby	TAK	NIE
ostatni napad, data:			AIDS, nosiciel HIV:	TAK	NIE
.....			Gruźlica:	TAK	NIE
Udar mózgu	TAK	NIE	<input type="checkbox"/> W Przeszłości <input type="checkbox"/> w trakcie leczenia	TAK	NIE
Ile i Kiedy	TAK	NIE	Jaskra	TAK	NIE



ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

KWALIFIKACJA DO ZNIECZULENIA

64-920 Piła, al. Wojska Polskiego 43



Miastenia:	TAK	NIE	Zażywam na stałe następujące leki: Jakież?		
Alergie na leki:	TAK	NIE		
Jakież?:		
Katar sienny:	TAK	NIE	Ostatnio zażywam dodatkowo (ale nie na stałe):		
Uczulenia na pokarmy:	TAK	NIE		
Jakież?:			Czy w rodzinie zdarzyły się przypadki nagłego zgonu w czasie operacji:	TAK	NIE
Nadużywanie alkoholu (ważne):	TAK	NIE			
Jaki ile i jak często?:			Czy w rodzinie występowały choroby genetyczne (dziedziczne)?	TAK	NIE
Papierosy (ile na dobę):	TAK	NIE			
Narkotyki:	TAK	NIE	Dotychczasowe operacje (rodzaj zabiegu data, znieczulenie)		
Szklą kontaktowe:	TAK	NIE		
Protezy zębowe:	TAK	NIE			
Kobiety: Czy jest Pani w ciąży?	TAK	NIE	Czy po zabiegu wystąpiły: wymioty	TAK	NIE
Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę?:			Bóle głowy	TAK	NIE
Leki: (Bardzo ważne!!!)			Inne problemy związane ze znieczuleniem ?		
<input type="checkbox"/> nie zażywam żadnych leków na stałe				

Inne uwagi dotyczące stanu zdrowia:

Jeśli masz dodatkowe informacje o swoim zdrowiu lub pytania dotyczące znieczulenia zapisz je poniżej.

Pozwoli to Pani/Panu ich nie zapomnieć, a nam na nie odpowiedzieć.

.....
.....
.....

Oświadczenie

Oświadczam, że wyżej podane informacje są prawdziwe. Zdaję sobie sprawę, że zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji może spowodować stan bezpośredniego zagrożenia życia u osoby znieczulaną. Mając świadomość, że każde znieczulenie związane jest z ryzykiem, zapoznałem się z informacją o znieczuleniu i ją zrozumiałem. Ostateczną zgodę na znieczulenie podpiszę w obecności anestezjologa.

Podpis pacjenta / opiekuna prawnego :.....