

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

IMIĘ I NAZWISKO: _____ PESEL: _____
 MASA CIAŁA: _____ kg WZROST: _____ cm ZAWÓD WYKONYWANY: _____

*(prawidłową odpowiedź otoczyć obwódką)

1. Czy aktualnie leczy się Pan/Pani? Jeśli tak, to na jakie schorzenie? TAK / NIE

2. Proszę wymienić leki, które Pan/Pani przyjmuje systematycznie:

3. Czy jest Pan / Pani uczulona na leki, pokarmy, inne substancje? TAK / NIE
 latex, antybiotyk _____, białko jaja kurzego, kiwi,
 inne: * _____
4. Czy był/a Pan/Pani operowana? Kiedy? TAK / NIE

5. Jak zniosł Pan/Pani znieczulenie? DOBRZE / ŹLE
6. Czy miał(a) Pan/Pani przetaczaną krew? Kiedy? TAK / NIE
7. Czy odczuwa Pan/Pani dolegliwości ze strony serca lub krążenia? TAK / NIE
 KOŁATANIE SERCA - BÓLE ZA MOSTKIEM - ZAWAŁ - WADA ZASTAWEK
 NADCIŚNIENIE TĘTNICZE - NIEDOCIŚNIENIE - OMDLENIA - DUSZNOŚĆ
 OBRZĘKI NÓG - ŻYLAKI - NIEDOKRWIENIE KOŃCZYN - UDAR MÓZGU *
8. Czy odczuwa Pan/Pani dolegliwości ze strony układu oddechowego? TAK / NIE
 KASZEL - PRZEWLEKŁE ZAPALENIE OSKRZELI - DUSZNOŚĆ - ASTMA OSKRZELOWA
 GRUŻLICA - ZAPALENIE - PŁUC - ZATOROWOŚĆ PŁUCNA*
9. Czy choruje Pan/Pani na:
 NADCZYNNOŚĆ lub NIEDOCZYNNOŚĆ TARCZYCY TAK / NIE
 WRZÓD ŻOŁĄDKA lub DWUNASTNICY TAK / NIE
 REFLUKS (ZGAGA) TAK / NIE
 CHOROBY WĄTROBY (MARSKOŚĆ, WZW, NIEWYDOLNOŚĆ) TAK / NIE
 ŻYLAKI PRZEŁYKU TAK / NIE
 CHOROBY NEREK (NIEWYDOLNOŚĆ, KAMIENIE NERKOWE) TAK / NIE
 CUKRZYCA TAK / NIE
 CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO (PADACZKA, NIEDOWŁAD) TAK / NIE
 CHOROBY OCZU (JASKRA) TAK / NIE
 CHOROBY MIĘŚNI (MIASTENIA) TAK / NIE
 CHOROBY KRWI (HEMOFILIA, MAŁOPŁYTKOWOŚĆ, inne) TAK / NIE
 DEPRESJA, NERWICA TAK / NIE
 INNE CHOROBY: _____ TAK / NIE
10. Czy jest Pani w ciąży? TAK / NIE
11. Czy często pije Pan/Pani alkohol? TAK / NIE
12. Użytki: papierosy - narkotyki - leki psychotropowe* TAK / NIE
13. Czy nosi Pan/Pani protezy zębowe, szkła kontaktowe, aparat słuchowy? TAK / NIE

Oświadczam, iż powyższe informacje są zgodne z prawdą.

Data: _____
 DD MM ROK

Podpis: _____

ŚWIADOMA ZGODA NA ZNIECZULENIE

Zgodę na znieczulenie proszę podpisać w obecności lekarza anestezjologa po konsultacji anestezyjologicznej.

Oświadczam, iż:

- uzyskałem(am) informację pisemną dotyczącą zaleceń przed znieczuleniem proponowanego postępowania anestezyjologicznego, w szczególności sposobu znieczulenia i możliwych powikłaniach
- treść informacji o znieczuleniu jest dla mnie zrozumiała
- w trakcie konsultacji miałem/am możliwość zadawania dodatkowych pytań i uzyskałem na nie wyczerpujące odpowiedzi.

Wyrażam świadomą zgodę na proponowane znieczulenie _____
do badania: _____

Zgadzam się również na uzasadnione medycznie zmiany postępowania anestezyjologicznego, w tym zmianę sposobu znieczulenia.

Zostałem/am poinformowany o zasadach bezpieczeństwa przed, oraz po znieczuleniu.

Przyjmuję do wiadomości, że po badaniu mogę odczuwać zawroty głowy, obniżenie koncentracji i uwagi.

W tym dniu nie będę prowadził/a samochodu ani obsługiwał/a niebezpiecznych maszyn.

W drodze do domu i w dniu badania będzie mi towarzyszyć odpowiedzialna, pełnoletnia osoba.

DD MM ROK

Data

Podpis lekarza

Podpis pacjenta