

IMIĘ I NAZWISKO:

PESEL: -----

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

PROSIMY O PRZECZYTANIE ANKIETY I OTOCZENIE KÓŁKIEM ODPOWIEDNIEJ ODPOWIEDZI

Czy choruje Pan/Pani na jakąkolwiek chorobę przewlekłą? Jeżeli tak, to na jakie: 1. 4. 2. 5. 3. 6.	TAK	NIE
Uczucie nierównej pracy serca / napady kołatania serca / omdlenia	TAK	NIE
Napady braku tchu / kaszlu z odkrztuszaniem różowej wydzieliny	TAK	NIE
Uczucie pieczenia / gniecienia / ściskania w klatce piersiowej	TAK	NIE
Spanie z poduszkami pod głową, konieczność korzystania z ubikacji więcej niż raz w ciągu nocy, poranne obrzęki wokół kostek, przewlekłe zmęczenie	TAK	NIE
Powyższe dolegliwości nasiliły się w ciągu ostatniego miesiąca	TAK	NIE
Przewlekły kaszel, świszczący oddech, duszność	TAK	NIE
Chrypka	TAK	NIE
Częsta senność w ciągu dnia	TAK	NIE
Częste chrapanie	TAK	NIE
Przerwy w oddychaniu podczas snu (bezdech senny)	TAK	NIE
Palenie papierosów	TAK	NIE
Przedłużające się krwawienia z nosa	TAK	NIE
Przedłużające się lub nawracające krwawienia po zranieniach lub usunięciu zębów	TAK	NIE
Skłonność do powstawania siniaków	TAK	NIE
Problemy z krzepnięciem krwi w rodzinie (rodzice, rodzeństwo, dzieci)	TAK	NIE
Przetoczenie krwi, jeżeli tak to z jakiego powodu:.....	TAK	NIE
Złe gojenie się ran	TAK	NIE
Drgawki (kiedy był ostatni napad, jak często występują napady)	TAK	NIE
Zaburzenia pamięci	TAK	NIE
Problemy ze snem	TAK	NIE
Bóle głowy, zawroty głowy, choroba lokomocyjna	TAK	NIE
Oslabienie mięśni, kłopoty z połykaniem pokarmów, krztuszenie się	TAK	NIE
Zaburzenia czucia	TAK	NIE
Przewlekłe dolegliwości bólowe, jakie?	TAK	NIE
Spadek masy ciała w ostatnich 6 miesięcy (o ile?) kg	TAK	NIE

Wzrost masy ciała w ostatnich 6 miesiący (o ile?)kg	TAK	NIE
Inne dolegliwości, jakie? 1. 3. 2. 4.	TAK	NIE
Czy w ostatnich 6 miesiącach wymagali Państwo pomocy w codziennych czynnościach z powodu problemów ze zdrowiem?	TAK	NIE
Czy w ostatnich 6 miesiącach wymagali Państwo pomocy lekarza z powodu nagłego zachorowania lub pogorszenia stanu zdrowia?	TAK	NIE
Przyjmowane leki, suplementy diety, witaminy: 1. 6. 2. 7. 3. 8. 4. 9. 5. 10.	TAK	NIE
Czy byliście Państwo kiedykolwiek poddani zabiegowi operacyjnemu, małemu zabiegowi? Jeżeli TAK, to jakie to były operacje/zabiegi i w którym roku? 1. 3. 2. 4.	TAK	NIE
Czy wystąpiły u Państwa trudności, problemy, powikłania podczas poprzednich znieczuleń? Jeżeli TAK, to jakie?	TAK	NIE
Czy w Państwa rodzinie wystąpiły problemy w czasie znieczulenia (rodzice, rodzeństwo, dzieci)? Jeżeli TAK, to jakie?	TAK	NIE
Czy spożywa Pan/Pani alkohol? Jeśli tak, to jak często?	TAK	NIE
Czy przyjmuje Pan/Pani inne używki? Jakież?	TAK	NIE
Ruchome zęby, ruchome protezy zębowe, szkła kontaktowe, aparat słuchowy, piercing, implanty silikonowe?	TAK	NIE
Uczulenia na leki, jedzenie, pyłki, zwierzęta? Jeżeli TAK, to jakie? Jak wyglądały objawy uczulenia:	TAK	NIE
Czy jest możliwe, że jest Pani w ciąży?	TAK	NIE

Oświadczam, że wszystkie podane odpowiedzi są zgodne z prawdą i nie zataiłam/em żadnych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia.

Pszczyna, dnia

Czytelny podpis.....