

**ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA - OCENA STANU ZDROWIA****(wypełnia pacjent, właściwe zakreślić)**

Imię:		Nazwisko:	
PESEL	Masa ciała	Wzrost	
Przyjmowane leki/ suplementy/ zioła:			
Przebyte w całym życiu operacje (jakie, kiedy) :			
Czy wystąpiły u Pani/Pana powikłania związane ze znieczuleniem? (także w rodzinie)	Tak ☐	Nie ☐	
Uczulenia (leki lub inne) ?	Tak ☐	Nie ☐	
Ruchome zęby/ protezy zębowe?	Tak ☐	Nie ☐	
Papierosy? Jak długo? Ile?	Tak ☐	Nie ☐	
Alkohol/ Narkotyki?	Tak ☐	Nie ☐	
Astma, POCHP, Gruźlica, inna choroba płuc?	Tak ☐	Nie ☐	
Bezdech senny/ chrapanie?	Tak ☐	Nie ☐	
Infekcja dróg oddechowych w ciągu ostatnich 3 tygodni (przeziębienie, angina, zapalenie oskrzeli, płuc) ?	Tak ☐	Nie ☐	
Nadciśnienie tętnicze?	Tak ☐	Nie ☐	
Choroba niedokrwienna serca? Przebyty zawał serca? Kiedy? -koronarografia (stenty) kiedy ? -próba wysiłkowa kiedy?.....	Tak ☐	Nie ☐	
Czy obecnie występuje ból w klatce piersiowej?	Tak ☐	Nie ☐	
Duszność?	Tak ☐	Nie ☐	
Na które piętro Pani/ Pan wejdzie bez wysiłku i duszności?			
Wady serca?	Tak ☐	Nie ☐	
Kołotanie serca? Migotanie przedsionków? Inne zaburzenia rytmu?	Tak ☐	Nie ☐	
Wszczepiony stymulator/ defibrylator?	Tak ☐	Nie ☐	
Choroba wrzodowa żołądka/ dwunastnicy? Zgaga?	Tak ☐	Nie ☐	
Bóle brzucha? Żółtaczką?	Tak ☐	Nie ☐	
Biegunki/ wymioty w ciągu ostatnich 3 tygodni?	Tak ☐	Nie ☐	

Padaczka?	Tak ☐	Nie ☐
Udar mózgu? - kiedy?.....	Tak ☐	Nie ☐
Niedowład kończyn górnych lub dolnych?	Tak ☐	Nie ☐
Choroby kręgosłupa?	Tak ☐	Nie ☐
Toczeń? Reumatyzm?	Tak ☐	Nie ☐
Depresja/ nerwica? Inne zaburzenia?	Tak ☐	Nie ☐
Cukrzyca? Insulina? / leki doustne? - poziom cukrów w pomiarach domowych na czczo/ po posiłku	Tak ☐	Nie ☐
Choroby tarczycy (nadczynność/niedoczynność), nadnerczy?	Tak ☐	Nie ☐
Choroby układu moczowego/ nerek? Zakażenia? Dializoterapia?	Tak ☐	Nie ☐
Skłonność do krwawień/ siniaków? Anemia? Niedokrwistość?	Tak ☐	Nie ☐
Choroby zakaźne? Wirusowe zapalenie wątroby? HIV?	Tak ☐	Nie ☐
Choroby nowotworowe? - jakie..... -chemioterapia-kiedy?..... -radioterapia-kiedy?.....	Tak ☐	Nie ☐
Zaburzenia widzenia? Jaskra?	Tak ☐	Nie ☐
Czy kiedykolwiek miała Pani/Pan transfuzję krwi? preparatów? -czy były powikłania?.....	Tak ☐	Nie ☐
Pytania do lekarza		

Oświadczam, że odpowiedziałam/em prawdziwie na zadane mi w ankiecie pytania i nie zataiłam/em żadnej informacji o stanie mojego zdrowia.

Data: Czytelny podpis pacjenta:

BARDZO WAŻNE!!!!

Proszę dostarczyć na wizytę do Poradni Anestezjologicznej wypełnioną ankietę i zaświadczenie od lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty o stanie zdrowia w przypadku występowania chorób wymienionych w ankiecie oraz wypisy ze szpitala oraz dodatkowe badania np. ECHO serca, stymulator serca - dokumenty, hormony tarczycy, spirometrię i inne.