

**ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA**
(wypełnia pacjent)

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

Masa ciała kg

Wzrost cm

Choroby układu oddechowego – zaznacz, jeśli występują:

<input type="checkbox"/> astma	<input type="checkbox"/> chrapanie	<input type="checkbox"/> palenie papierosów
<input type="checkbox"/> POCHP	<input type="checkbox"/> inna choroba płuc	<input type="checkbox"/> infekcja ostatnie 2 tyg
<input type="checkbox"/> bezdech senny	<input type="checkbox"/> nowotwór	<input type="checkbox"/> inne

Choroby układu krążenia – zaznacz, jeśli występują:

<input type="checkbox"/> nadciśnienie tętnicze	<input type="checkbox"/> próba wysiłkowa (kiedy?)	<input type="checkbox"/> wady serca
<input type="checkbox"/> chor. niedokrwienna serca	<input type="checkbox"/> zaburzenia rytmu serca	<input type="checkbox"/> bóle w klatce piersiowej
<input type="checkbox"/> zawał serca (kiedy?)	<input type="checkbox"/> kołatania serca	<input type="checkbox"/> gorsza tolerancja wysiłku
<input type="checkbox"/> koronarografia (kiedy?)	<input type="checkbox"/> migotanie przedsionków	<input type="checkbox"/> duszność
<input type="checkbox"/> ECHO (kiedy?)	<input type="checkbox"/> stymulator serca	<input type="checkbox"/> inne

na które pięto Pani/Pan wejdzie bez wysiłku:

Choroby układu pokarmowego – zaznacz, jeśli występują:

<input type="checkbox"/> choroba wrzodowa	<input type="checkbox"/> choroby jelit	<input type="checkbox"/> żółtaczk
<input type="checkbox"/> refluks	<input type="checkbox"/> choroby trzustki	<input type="checkbox"/> biegunka
<input type="checkbox"/> choroby wątroby	<input type="checkbox"/> bóle brzucha	<input type="checkbox"/> wymioty

Choroby układu nerwowego – zaznacz, jeśli występują:

<input type="checkbox"/> choroby kręgosłupa	<input type="checkbox"/> padaczka	<input type="checkbox"/> nerwica
<input type="checkbox"/> depresja	<input type="checkbox"/> udar mózgu	<input type="checkbox"/> miastenia
<input type="checkbox"/> autyzm	<input type="checkbox"/> ADHD	<input type="checkbox"/> choroby mięśniowe
<input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> MPD	<input type="checkbox"/> nowotwór

Choroby endokrynologiczne – zaznacz, jeśli występują:

<input type="checkbox"/> cukrzyca z insulinoterapią	<input type="checkbox"/> choroby nadnerczy	<input type="checkbox"/> nadczynność tarczycy
<input type="checkbox"/> cukrzyca z leczeniem tabletkami	<input type="checkbox"/> inne	<input type="checkbox"/> niedoczynność tarczycy

poziom cukru na czczo:.....poziom cukru po posiłku:

Choroby układu moczowego – zaznacz, jeśli występują:

<input type="checkbox"/> kamica układu moczowego	<input type="checkbox"/> niewydolność nerek	<input type="checkbox"/> przerost prostaty
--	---	--

Inne choroby – zaznacz, jeśli występują:

<input type="checkbox"/> ciąża - TAK / NIE	<input type="checkbox"/> choroby kręgosłupa	<input type="checkbox"/> jaskra
<input type="checkbox"/> alkohol – TAK / NIE	<input type="checkbox"/> RZS/ZZSK	<input type="checkbox"/> HBS / HCV / HIV
<input type="checkbox"/> narkotyki – TAK / NIE	<input type="checkbox"/> toczeń	<input type="checkbox"/> chemioterapia/radioterapia

Proszę obrócić stronę ->

Czy kiedykolwiek miała Pani/Pan transfuzję krwi? preparatów krwi? TAK / NIE

Inne choroby/problemy nie wymienione powyżej: TAK / NIE

opisz, jeśli TAK

Przebyte operacje – wymień

.....

Czy wystąpiły u Pani/Pana powikłania związane ze znieczuleniem? TAK / NIE

Przyjmowane leki/suplementy/zioła – wymień

.....

Uczulenia na leki lub inne – zaznacz: TAK / NIE

opisz, jeśli TAK

Ruhome zęby/protezy – zaznacz: TAK / NIE

Określ swoją aktywność – zaznacz

<input type="radio"/> bardzo aktywny fizycznie	<input type="radio"/> wymagana pomoc przy lekkich czynnościach
<input type="radio"/> aktywność fizyczna okazjonalna	<input type="radio"/> wymagana pomoc przy jedzeniu lub ubieraniu
<input type="radio"/> całkowita samodzielność	<input type="radio"/> całkowicie zależny od pomocy innych
<input type="radio"/> wymagana pomoc przy ciężkich czynnościach	

Pytania do lekarza anestezjologa:

.....

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:

1. wypełnioną ankietę
2. zaświadczenie od lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty o stanie zdrowia w przypadku występowania chorób wymienionych w ankiecie
3. wypisy ze szpitala
4. dodatkowe badania np. ECHO serca, hormony tarczycy, spirometrię i inne