

Ankieta pacjenta

(do wypełnienia przez pacjenta, rodzica, opiekuna prawnego)

Data

Wizyta u lekarza w ostatnim czasie tak* nie*

Z powodu

Zażywane leki tak nie

Jakie

Przebyte operacje tak nie

Rodzaj , rok

Powikłania

wymioty przedłużone budzenie silne bóle złe samopoczucie

Przetoczenie krwi tak nie

Choroby układu krążenia tak nie

zawał choroba wieńcowa dusznica bolesna duszność przy wysiłku
 zaburzenia rytmu serca bóle zastawkowe nadciśnienie niskie ciśnienie tętnicze obrzęki obwodowe inne

Choroby naczyń tak nie

Zaburzenia krążenia obwodowego żyłaki zatoki choroba zakrzepowa żył operacje naczyniowe inne

Choroby dróg oddechowych tak nie

zapalenie płuc rozedma astma pylica przewlekłe zap. oskrzeli
 POChP gruźlica

Choroby wątroby tak nie

żółtaczka WZW kamica pęcherzykowa marskość

Choroby nerek i układu moczowego tak nie

kamica nerkowa kolki zapalenie nerek zap. pęcherza moczowego
 zap. cewki moczowej

Choroby układu żołądkowo – jelitowego tak nie

wrzody żołądka wrzody XII-cy wymioty refluks biegunki
 zaparcia bóle brzucha inne

Choroby tarczycy tak nie

nadczynność niedoczynność guzki wole operacja

Choroby metaboliczne tak nie

cukrzyca mocznica inne

Choroby układu nerwowego tak nie

padaczka drgawki niedowład depresje

Choroby mięśni i układu kostno – szkieletowego

osłabienie dyskopatia ZZSK osteoporoza tak nie

Zaburzenia układu krzepnięcia tak nie

częste krwawienia z nosa przedłużone krwawienie z ran wylewy podskórne niebieskie plamy po uderzeniu

* Zakreślić krzyżykiem

Uczulenia tak nie

katar sienny środki spożywcze leki plastry jodyna środki chemiczne środki kontrastowe inne

Ubytki zębowe tak nie

korzenie zębów do leczenia mostki korony wyjmowane protezy – częściowa/ całkowita

Papierosy tak nie

Alkohol tak nie

Inne choroby

Waga Wzrost

Wypełnia Lekarz Anestezjolog

Nazwisko i Imię:

Rodzaj zabiegu, leczenia:

Uwagi:

ASA	I	II	III
Zakwalifikowany, warunkowo,			
Znieczulenie: <input type="checkbox"/> ogólne dotchawicze, <input type="checkbox"/> ogólne dożylnie, <input type="checkbox"/> podpajęczynówkowe, <input type="checkbox"/> zewnątrzoponowe, <input type="checkbox"/> splot, <input type="checkbox"/> miejscowe <input type="checkbox"/> inne			

Kwalifikujący anestezjolog:

* Zakreślić krzyżykiem

Znieczulenie

Data. Godz.

Atropina 0,5 mg 1 mg Fentanyl 0,025mg 0,05mg 0,1 mg

Midazolam 0,5 mg 1 mg Propofol mg

Ciśnienie tętnicze / Tętno

Monitorowanie: Ciśnienie , saturacja SaO₂ ,
tętno , CO₂ , EKG

Skala Aldreta:pkt,

Uwagi

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

Podpis lekarza..... Pielęgniarki.....