




NOWODWORSKIE CENTRUM MEDYCZNE ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA


Nazwisko Imię
 PESEL Telefon
 Waga Wzrost Zawód

Szanowni Państwo,

Informacje uzyskane dzięki odpowiedziom na poniższe pytania pozwolą anestezjologowi wybrać najbardziej odpowiedni sposób znieczulenia i zwiększą Państwa bezpieczeństwo przed, w trakcie i po zabiegu.

KONIECZNIE PROSIMY ZABRAĆ ZE SOBĄ CAŁĄ DOTYCHCZASOWĄ DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ

PROSZĘ ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWĄ RUBRYKĘ 	TAK	NIE	NIE WIEM
Czy leczy się Pan/i z powodu jakichś chorób? Jeśli tak to poproszę je wymienić:			
Czy przyjmuje Pan/i leki? Jeśli tak to proszę wymienić:			
Czy jest Pan/i uczulony/a (alergie)? Jeśli tak to, na co? Poproszę wymienić objawy alergii: ▶			
Czy był/a Pan/i operowany/a znieczulany, jeśli tak to z jakiego powodu i kiedy? ▶			
Czy wystąpiły u Pana/i powikłania, problemy związane ze znieczuleniem? Jakie? ▶			
Czy u Pana/i krewnych wystąpiły powikłania związane ze znieczuleniem? Jakie? ▶			
Czy miał Pan/i przetaczaną krew, ew. kiedy? Czy były powikłania?			
Czy jest Pani w ciąży? <input type="text" value="Nie dotyczy"/>			
Czy stosuje Pan hormonalne środki antykoncepcyjne? <input type="text" value="Nie dotyczy"/>			
Stan jamy ustnej: ruchome zęby, protezy.			
CZY CHORUJE PAN/I OBECNIE LUB CHOROWAŁ/A WCZEŚNIEJ NA CHOROBY WYMIENIONE PONIŻEJ? LUB CZY ODCZUWA PAN/I WYMIENIONE PONIŻEJ DOLEGLIWOŚCI: proszę podkreślić właściwe: Zawał serca, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenie rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego, ból w klatce piersiowej, kołatanie serca, duszność, zmniejszenie tolerancji wysiłku, czyli: po przejściu jakiego dystansu się męczy lub na które piętro może wejść bez wysiłku, inne dolegliwości związane z czynnością serca? ▶			
Choroby/dolegliwości układu krążenia np. zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn dolnych, niewydolność krążenia, bóle łydek przy chodzeniu czy obrzęki kończyn dolnych. ▶			
Choroby/dolegliwości płuc np. POChP, astma oskrzelowa, pylica, rozedma, gruźlica, częste zapalenie płuc, częste zapalenie oskrzeli, duszność, kaszel, inne: ▶			

PROSZĘ ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWĄ RUBRYKĘ  <input type="checkbox"/>	TAK	NIE	NIE WIEM
Choroby układu pokarmowego np. choroba wrzodowa żołądka/dwunastnicy, zgaga, refluks, zaparcia, biegunki, inne:			
Choroby wątroby np. marskość, żółtaczkę, wirusowe zapalenie wątroby, inne:			
Choroby metaboliczne np. cukrzyca, dna mocznowa, nadczynność/niedoczynność tarczycy, choroba Hashimoto, nadczynność/niedoczynność nadnerczy, inne:			
Choroby/dolegliwość układu nerwowego np. padaczka, porażenia/niedowład, przebyte udary, utraty przytomności, częste bóle głowy, migreny, inne:			
Choroby układu kostno-stawowego np. reumatoidalne zapalenie stawów, zwyrodnienia, dyskopatia, bóle pleców, kończyn, inne:			
Choroby krwi, zaburzenia krzepnięcia krwi np. anemia, skłonność do przedłużonego krwawienia, siniaków, wylewów krwawych, inne:			
Choroby układu moczowo-płciowego np. nerk, pęcherza, prostaty, macicy, jajników, inne:			
Choroby oczu np. jaskra, zaćma, duże wady wzroku, sztuczne soczewki, inne:			
Choroby psychiczne np. depresja, nerwica, schizofrenia, inne			
Inne niewymienione powyżej dolegliwości? Jakież?			
Czy pali Pan/i tytoń (ew. ile)?			
Czy pije Pan/i alkohol? (ew. ile)?			
Czy przyjmuje Pan/i środki nasenne, uspakajające, sterydy, narkotyki? Jakież?			

Potwierdzam zgodność powyższych danych ze stanem faktycznym.		
Nowy Dwór Mazowiecki
	data	podpis pacjenta
PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY		
Potwierdzam zgodność powyższych danych ze stanem faktycznym.		
Nowy Dwór Mazowiecki
	data	podpis osoby upoważnionej