

## PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Ankieta służy do zebrania informacji, dzięki którym będzie możliwe wybranie najbardziej optymalnego rodzaju znieczulenia. Wszelkie wątpliwości prosimy poruszyć podczas wizyty lekarza anestezjologa w przeddzień zabiegu operacyjnego. Prosimy o dokładne wypełnienie ankiety.

**Prosimy o dostarczenie pełnej dokumentacji medycznej dotyczącej przebiegu chorób, przebytych zabiegów operacyjnych oraz wykonanych badań obrazowych i laboratoryjnych.**

Imię:

Nazwisko:

.....

.....

PESEL: ..... Waga: ..... Wzrost: ..... Wiek: .....

Prosimy o podanie nazw wszystkich przyjmowanych leków, preparatów leczniczych i suplementów diety:

Lek	dawka	Lek	dawka

Prosimy zaznaczyć prawidłową odpowiedź poprzez pozostawienie „X” w odpowiedniej kratce:

- Układ krążenia:
  - a) choroba wieńcowa  TAK  NIE
  - b) przebyty zawał serca (kiedy? .....)
  - c) niemiaryowość rytmu  TAK  NIE
  - d) tolerancja wysiłku  dobra  duszność  bóle w klatce piersiowej
  - e) nadciśnienie tętnicze (od kiedy? .....)
- Uczucie nierównej pracy serca/napady kołatania serca, omdlenia  TAK  NIE
- Napady braku tchu/kaszlu z odkrztuszaniem różowej wydzieliny  TAK  NIE
- Uczucie pieczenia/gniewienia/ściskania w klatce piersiowej  TAK  NIE
- Choroby płuc: (gruźlica, zapalenie płuc, kaszel, duszność, inne)  TAK  NIE
- Choroby dróg oddechowych: (astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli, inne)  TAK  NIE
- Choroby naczyń: (żyłaki, zapalenie żył, bóle łydek przy chodzeniu)  TAK  NIE
- Choroby krwi i układu krwionośnego: (skłonność do krwawień i sińców, anemia, inne)  TAK  NIE
- Przedłużające się krwawienia z nosa  TAK  NIE
- Przedłużające się lub nawracające krwawienia po zranieniach lub usunięciu zębów  TAK  NIE
- Problemy z krzepnięciem krwi w rodzinie (rodzice, rodzeństwo, dzieci)  TAK  NIE
- Przetoczenie krwi, jeżeli tak to z jakiego powodu:  TAK  NIE  
.....
- Cukrzyca typ ....., od kiedy ..... Leczenie .....  TAK  NIE
- Choroba nerek: (zapalenia, kamica, inne.....)
- Choroby żołądka: (choroba wrzodowa, zgaga, inne.....)
- Choroby wątroby: (żółtaczką, kamica pęcherzykowa, inne.....)
- Choroby tarczycy: (wole obojętne, nadczynność, niedoczynność, inne)  TAK  NIE

- Choroby układu nerwowego: (drgawki, udar, uraz głowy, kręgosłupa, rwa, inne)  TAK  NIE
- Choroby układu kostnego: (ból reumatyczny, osłabienie mięśni, inne)  TAK  NIE
- Bóle, zawroty głowy, choroba lokomocyjna  TAK  NIE
- Zmiany nastroju: (depresja, nerwica, inne.....)
- Porfiria  TAK  NIE
- Osłabienie mięśni, kłopoty z połykaniem pokarmów, krztuszenie się  TAK  NIE
- Inne nie wymienione choroby, jakie?  TAK  NIE
- .....
- Powody pobytów w szpitalu lub wezwania pogotowia (rodzaj choroby, rodzaj operacji chirurgicznej):  
.....  
.....
- Przebyte znieczulenia ogólne i przewodowe  TAK  NIE
- Czy wystąpiły u Pani trudności lub powikłania podczas poprzednich znieczuleń?  TAK  NIE  
Jakie?.....
- Czy w rodzinie występowały problemy w czasie znieczulenia (rodzina, rodzeństwo, dzieci)?  TAK  NIE  
Jakie?.....
- Czy ma Pan(i) koronki na zębach, chwiejące się zęby, ruchome protezy zębowe, aparat słuchowy, szkła kontaktowe, piercing, implanty silikonowe?  TAK  NIE
- Użytki: papierosy, alkohol, inne.  TAK  NIE
- Wywiad rodzinny  obciążony  nieobciążony
- .....
- Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wymagała Pani pomocy lekarza z powodu nagłego zachorowania lub pogorszenia stanu zdrowia?  TAK  NIE
- Uczulenia na leki, jedzenie, pyłki, zwierzęta  TAK  NIE  
Jakie?.....  
.....
- Jak wyglądały objawy uczulenia?  
.....  
.....
- Czy jest Pani w ciąży?  TAK  NIE
- Inne dolegliwości  TAK  NIE  
Jakie?.....

### Uwagi lekarza

Ryzyko (ASA) .....

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

Data:	Podpis pacjentki:
-------	-------------------