

WYWIAD (wypełnia pacjent)

Imię, Nazwisko, wiek lat, wzrost cm, waga kg

1. Czy przyjmuje Pan/i na stałe leki tak nie
Jeżeli TAK to jakie?
-
2. Układ krążenia tak nie
- a) choroba wieńcowa tak nie
 - b) przebyty zawał serca (kiedy?) tak nie
 - c) niemierność rytmu tak nie
 - d) wada serca tak nie
 - e) nadciśnienie tętnicze (kiedy?) tak nie
 - f) stymulator serca tak nie
-
3. Choroby płuc (gruźlica, zapalenie płuc, kaszel, duszność, inne) tak nie
-
4. Choroby dróg oddechowych: (astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli, inne) tak nie
-
5. Choroby naczyń (zylaki, zapalenia naczyń, choroba zatorowo-zakrzepowa) tak nie
-
6. Cukrzyca typ, od kiedy, leczenie
-
7. Choroby nerek: (zapalenia, kamica, inne) tak nie
-
8. Choroby żołądka: (choroba wrzodowa, kwaśne odbijanie się, zgaga, inne) tak nie
-
9. Choroby wątroby (żółtaczką typ B lub C - obecnie lub przebyta, kamica pęcherzykowa, inne) tak nie
-
10. Choroby tarczycy: (wole obojętne, nadczynność, niedoczynność, inne) tak nie
-
11. Choroby układu nerwowego: (drgawki, udar, uraz głowy, kręgosłupa, rwa, inne) tak nie
-
12. Choroby układu kostnego: (ból reumatyczny, osłabienie mięśni, inne) tak nie
-
13. Choroby krwi i układu krwionośnego: (skłonność do krwawień i sińców) tak nie
-
14. Uczulenia: (na leki, środki chemiczne, pokarmy, pyłki) tak nie
-
15. Zaburzenia emocjonalne lub schorzenia psychiatryczne: (depresja, nerwica, inne) tak nie
-
16. Choroby mięśni, osłabienie siły mięśniowej tak nie
-
17. Czy jest Pani w ciąży? tak nie
-
18. Przebyte znieczulenia ogólne i przewodowe tak nie
Kiedy, na co?
-
19. Czy w trakcie znieczulenia wystąpiły jakieś problemy lub komplikacje?
Jeżeli tak, to jakie? tak nie
.....
-
20. Czy ma Pan(i) koronki na zębach, chwiejące się zęby, aparat słuchowy, szkła kontaktowe? tak nie
-
21. Użytki: Papierosy tak nie, Alkohol tak nie, Narkotyki tak nie
-
22. Inne nie wymienione choroby lub problemy medyczne tak nie

Powyższe pytania zrozumiałem(am) i za udzielone odpowiedzi biorę pełną odpowiedzialność.

Data Podpis pacjenta