

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Wzrost	Waga	Telefon kontaktowy

1. Na co się Pan(i) leczy?

2. Jakie leki obecnie Pan(i) przyjmuje

3. Układ krążenia

- a. choroba wieńcowa tak nie
- b. przebyty zawał serca (kiedy? _____) tak nie
- c. niemiaryowość rytmu tak nie
- d. tolerancja wysiłku dobra duszność bóle w klatce piersiowej
- e. nadciśnienie tętnicze (kiedy? _____) tak nie

4. Choroby płuc (gruźlica, zapalenie płuc, kaszel, duszność, inne) tak nie

5. Choroby dróg oddechowych: (astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli, inne) tak nie

6. Choroby naczyń (żylaki, zapalenia żył, bóle łydek przy chodzeniu) tak nie

7. Cukrzyca typ _____, od kiedy _____, leczenie _____ tak nie

8. Choroby nerek: (zapalenia, kamica, inne) tak nie

9. Choroby żołądka: (choroba wrzodowa, kwaśne odbijanie się, zgaga, inne) tak nie

10. Choroby wątroby (żółtaczką, kamica pęcherzykowa, inne) tak nie

11. Choroby tarczycy: (wole obojętne, nadczynność, niedoczynność, inne) tak nie

12. Choroby układu nerwowego: (drgawki, udar, uraz głowy, kręgosłupa, rwa, inne) tak nie

13. Choroby układu kostnego: (bóle reumatyczne, osłabienie mięśni, inne) tak nie

14. Choroby krwi i układu krwionośnego (skłonność do krwawień, sińców, anemia i inne) tak nie

15. Uczulenia: (na plaster, na jodynę, leki, katar sienny, wysypka, inne) tak nie

16. Zmiany nastroju: (depresja, nerwica, inne) tak nie

17. Porfiria tak nie

18. Czy jest Pani w ciąży? tak nie

19. Inne nie wymienione choroby, jakie?

20. Przebyte znieczulenia ogólne i przewodowe

21. Czy dobrze Pan(i) zniósł(a) znieczulenie? tak nie

22. Czy ma Pan(i) koronki na zębach, chwiejące się zęby, aparat słuchowy, szkła kontaktowe? tak nie

23. Używki:

Papierosy tak nie, Alkohol tak nie, Narkotyki tak nie

24. Czy i gdzie pobierano krew, wykonywano zastrzyki w ostatnich 6 miesiącach?

25. Wywiad rodzinny

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

Data

Podpis pacjenta