



**ANKIETA PRZEDOPERACYJNA
ANESTEZJOLOGICZNA
(wypełnia pacjent lub jego rodzina)**

Druk:
06 ZA 3.01.01
Wersja:
2022-07-18

Data urodzenia: Wiek: Masa ciała: Wzrost:

Obecnie przyjmowane leki, poprzednie znieczulenia oraz dodatkowe uwagi pacjenta:

Czy dobrze zniósł poprzednie znieczulenia? **Nie dotyczy / Tak / Nie wiem / Nie** - jakie objawy występowały?

Czy jest Pan(-i) uczulony/-na na leki lub inne substancje? **Nie / Nie wiem / Tak – jakie?**

Czy ma Pan(-i) jakieś dolegliwości związane z oddychaniem? **Nie / Nie wiem / Tak – jakie?**

Czy pali Pan(-i) papierosy? **Nie / Rzadko / Tak – ile dziennie?**

Czy choruje Pan(-i) na astmę, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc? **Nie / Tak - właściwe zaznaczyć**

Czy miał(-ła) Pan(-i) zawał serca? **Nie / Nie wiem / Tak – kiedy, ile?**

Czy były założone stenty do naczyń wieńcowych? **Nie / Nie wiem / Tak – kiedy i ile?**

Czy choruje Pan(-i) na nadciśnienie tętnicze? **Nie / Nie wiem / Tak - przyjmowane leki proszę wpisać u góry tej strony**

Czy ma wszczepiony stymulator lub kardiowerter? **Nie / Nie wiem / Tak – kiedy, właściwe zaznaczyć?**

Czy choruje Pan(-i) na zaburzenia rytmu serca, chorobę wieńcową, wadę serca? **Nie / Tak – właściwe zaznaczyć**

Czy choruje Pan(-i) na padaczkę, utraty przytomności, drgawki, niedowłady, miastenie? **Nie / Tak – właściwe zaznaczyć**

Czy miał Pan(-i) operację kręgosłupa? **Nie / Nie wiem / Tak – kiedy?**

Czy ma Pan(-i) częste bóle głowy? **Nie / Rzadko / Tak – jak często?**

Czy leczy się Pan(-i) u psychiatry? **Nie / Nie wiem / Tak – na jakie choroby?**

Czy choruje Pan(-i) na chorobę wrzodową, refluks, żylaki przełyku, inne choroby przewodu pokarmowego (jakie)? **Nie / Tak – właściwe zaznaczyć**

Czy choruje Pan(-i) na marskość wątroby, zapalenie wątroby? **Nie / Tak – właściwe zaznaczyć**

Czy choruje Pan(-i) na cukrzycę, chorobę tarczycy (jaką?), dnę moczanową, WZW typu B, WZW typu C? **Nie / Tak – właściwe zaznaczyć**

Czy choruje Pan(-i) na jaskrę? **Nie / Nie wiem / Tak**

Czy choruje Pan(-i) na zaburzenia krzepnięcia krwi, częste i długo wchłaniające się krwiaki, krwawienia z dziąseł, krwawienia z nosa? **Nie / Tak - właściwe zaznaczyć**

Czy choruje Pan(-i) na żylaki nóg, chorobę zakrzepową, zator płucny w przeszłości? **Nie / Tak -właściwe zaznaczyć**

Czy choruje Pan(-i) na przewlekłą niewydolność nerek? **Nie / Nie wiem / Tak – od kiedy?**

Czy chorował Pan(-i) w przeszłości na ostrą niewydolność nerek? **Nie / Nie wiem / Tak – kiedy?**

Czy pije Pan(-i) alkohol? **Często / Okazyjnie**

Czy jest Pani w ciąży? **Nie / Nie wiem / Tak - który miesiąc?**

Karta jest wydawana pacjentowi przez pielęgniarkę oddziału zabiegowego. Po wypełnieniu należy przechowywać ją w historii choroby pacjenta.

Czytelny podpis pacjenta (imię i nazwisko):