

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

NAZWISKO I IMIĘ: _____

PESEL¹: _____ WZROST: _____ CM MASA CIAŁA: _____ KG

ROZPOZNANIE: _____

PROCEDURA ENDOSKOPOWA/ PROCEDURA ZABIEGOWA²: _____

WYWIAD OD PACJENTA

1. Czy leczył (a) się Pan (i) ostatnio (w ciągu ostatnich 2 lat)? nie tak

Z powodu jakiej choroby? _____

Uwagi pacjenta _____

2. Czy przyjmuje Pan (i) leki? nie tak

Jakie (nazwa, dawka, jak długo)? _____

Uwagi pacjenta _____

3. Czy był Pan (i) szczepiony na żółtaczkę? nie tak

Uwagi pacjenta _____

4. Czy był Pan (i) kiedyś operowany (a)? nie tak

Kiedy i z jakiego powodu? _____

Czy obserwowano podczas narkozy szczególne reakcje? _____

Uwagi pacjenta _____

5. Czy otrzymywał Pan (i) kiedyś transfuzję krwi? nie tak

Czy towarzyszyły temu komplikacje? _____

Uwagi pacjenta _____

6. Czy w przeszłości przebył Pan (i) choroby serca:

a/ zawał nie tak

b/ zapalenie mięśnia sercowego nie tak

c/ czy ma Pan/i wadę wrodzoną serca? nie tak

d/ czy ma Pan/ i rozrusznik serca? nie tak

¹ W przypadku braku numeru PESEL należy wpisać datę urodzenia

² Niepotrzebne skreślić

Uwagi pacjenta _____

7. Czy choruje Pan (i) na choroby krążenia:

a/ nadciśnienie tętnicze nie tak

b/ omdlenia nie tak

Uwagi pacjenta _____

8. Czy w przeszłości przebył Pan (i) choroby naczyń :

a/ zapalenie żył powierzchniowych? nie tak

b/ zapalenie żył głębokich nie tak

c/ czy występują u Pana (i) bóle łydek? nie tak

d/ czy występują u Pana (i) bóle nóg przy chodzeniu? nie tak

Uwagi pacjenta _____

9. Czy w przeszłości przebył Pan (i) choroby płuc:

a/ zapalenie płuc nie tak

b/ przewlekłe zapalenie oskrzeli nie tak

c/ astma nie tak

d/ mukowiscydoza nie tak

e/ czy przebył Pan (i) w ciągu ostatnich 6 tygodni infekcję dróg oddechowych? nie tak

Jeśli tak, to kiedy _____

Uwagi pacjenta _____

10. Czy choruje Pan (i) na choroby przewodu pokarmowego:

a/ reflaks żołądkowy nie tak

b/ zaburzenia wchłaniania nie tak

Uwagi pacjenta _____

11. Czy w przeszłości przebył Pan (i) choroby wątroby:

a/ wirusowe zapalenie wątroby nie tak

b/ żółtaczkę nie tak

Uwagi pacjenta _____

12. Czy w przeszłości chorował Pan (i) na choroby nerek:

a/ kamicę moczową nie tak

b/ zapalenie nerek nie tak

¹ W przypadku braku numeru PESEL należy wpisać datę urodzenia

² Niepotrzebne skreślić

c/ niewydolność nerek nie tak

d/ infekcję dróg moczowych nie tak

Uwagi pacjenta _____

13. Czy choruje Pan (i) na choroby przemiany materii:

a/ cukrzycę nie tak

b/ dnę nie tak

Uwagi pacjenta _____

14. Czy chorował (a) Pan (i) lub choruje na choroby tarczycy :

a/ nadczynność tarczycy nie tak

b/ niedoczynność tarczycy nie tak

c/ raka tarczycy nie tak

Uwagi pacjenta _____

15. Czy choruje Pan (i) na jaskrę ? nie tak

Uwagi pacjenta _____

16. Choroby neurologiczne –czy w przeszłości przebył Pan (i):

a/ udar mózgowy nie tak

b/ czy ma Pan (i) niedowład ? tak nie

c/ czy ma Pan (i) porażenie kończyn dolnych? nie tak

d/ czy ma Pan (i) porażenie kończyn górnych? nie tak

e/ czy ma Pan (i) porażenie połowiczne? nie tak

f/ czy choruje Pan (i) na epilepsję? nie tak

g/ czy choruje Pan (i) na stwardnienie rozsiane? nie tak

Uwagi pacjenta _____

17. Czy choruje Pan (i) na choroby układu kostno-stawowego, układu mięśniowego:

a/ urazy kręgosłupa nie tak

b/ choroby stawów nie tak

c/ zanik mięśni nie tak

d/ miastenia nie tak

e/ osłabienie mięśni także u członków dalszej rodziny nie tak

Uwagi pacjenta _____

¹ W przypadku braku numeru PESEL należy wpisać datę urodzenia

² Niepotrzebne skreślić

18. Czy choruje Pan (i) na choroby krwi i układu krzepnięcia :

- a/ małopłytkowość nie tak
- b/ nadpłytkowość nie tak
- c/ hemofilię nie tak
- d/ skazę krwotoczną nie tak
- e/ inne schorzenia układu krwiotwórczego, krwionośnego nie tak
- f/ czy ma Pan (i) zwiększoną skłonność do siniaków, krwawień? nie tak

Uwagi pacjenta _____

19. Czy choruje Pan (i) na choroby psychiczne:

- a/ depresja nie tak
- b/ schizofrenia nie tak
- c/ nerwica nie tak
- d/ zespół lękowy nie tak
- e/ bezsenność nie tak

Uwagi pacjenta _____

20. Czy jest Pani w ciąży? nie tak

Uwagi pacjenta _____

21. Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę? _____

22. Czy jest Pan (i) alergikiem? nie tak

Na co? _____

Uwagi pacjenta _____

23. Czy jest Pan (i) uczulona na leki? nie tak

Jakie? _____

Uwagi pacjenta _____

24. Uzębienie własne pełne własne z ubytkami własne chwiejące się
- licznymi
- nielicznymi
- zęby własne w trakcie leczenia zęby własne wyleczone
- proteza częściowa proteza całkowita

Uwagi pacjenta _____

¹ W przypadku braku numeru PESEL należy wpisać datę urodzenia

² Niepotrzebne skreślić

25. Czy nosi Pan (i) szkła kontaktowe?

nie tak

Uwagi pacjenta _____

26. Palenie tytoniu

nie tak

Jeśli tak, ilość _____ / doba

Uwagi pacjenta _____

27. Alkohol

nie tak

Jeśli tak, ilość _____ / tydzień

Uwagi pacjenta _____

28. Leki uspokajające, nasenne

nie tak

Nazwa leku, dawka _____

Uwagi pacjenta _____

Data

Czytelny podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

Oświadczam, że po zakończeniu zabiegu / badania z Centrum Medycznego Melita Medical zostaną odebrana(y) przez:

(imię i nazwisko osoby odbierającej)

Data

Czytelny podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

¹ W przypadku braku numeru PESEL należy wpisać datę urodzenia

² Niepotrzebne skreślić

BADANIE ANESTEZJOLOGICZNE

Badanie fizykalne

- pacjent przytomny pacjent zorientowany pacjent w kontakcie logicznym
- pacjent nieprzytomny GCS _____ pkt
- masa ciała _____ kg wzrost _____ cm RR _____ mmHg
- tętno _____ /min temperatura ciała _____ °C
- w normie poza normą

Układ oddechowy

- szmer oddechowy pęcherzykowy prawidłowy symetryczny zmiany osłuchowe

Układ krążenia

- akcja serca szmery
- miarowa nieobecne
- niemiarowa _____/min obecne
- lokalizacja _____
- rodzaj _____

ASA I II III IV V E

Uwagi lekarza anestezjologa

Proponowany rodzaj znieczulenia

Data

Podpis i pieczętka anestezjologa

¹ W przypadku braku numeru PESEL należy wpisać datę urodzenia

² Niepotrzebne skreślić

ANELGOSEDACJA

Początek ____ : ____

Zastosowane leki

Koniec ____ : ____

Data

Podpis i pieczęć anestezyjologa

¹ W przypadku braku numeru PESEL należy wpisać datę urodzenia

² Niepotrzebne skreślić