

ANKIETA PACJENTA

(do wypełnienia przez Pacjenta, Rodzica, opiekuna prawnego)

Data

Wizyta u lekarza w ostatnim czasie ☐ tak * ☐ nie*
z powodu

Zażywane leki ☐ tak ☐ nie
jakie

Przebyte operacje ☐ tak ☐ nie
Rodzaj, rok

Powikłania
☐ wymioty, ☐ przedłużone budzenie, ☐ silne bóle, ☐ złe samopoczucie

Przetoczenie krwi ☐ tak ☐ nie

Choroby układu krążenia ☐ tak ☐ nie
☐ zawał, ☐ przedłużone budzenie ☐ choroba wieńcowa, ☐ silne bóle, ☐ dusznica bolesna
☐ duszność przy wysiłku, ☐ zaburzenia rytmu serca, ☐ bóle zastawkowe, ☐ nadciśnienie
☐ niskie ciśnienie tętnicze, ☐ obrzęki obwodowe, ☐ inne

Choroby naczyń ☐ tak ☐ nie
☐ zaburzenia krążenia obwodowego, ☐ żylaki, ☐ zatoki, ☐ choroba zakrzepowa żył,
☐ operacje naczyniowe, ☐ inne

Choroby dróg oddechowych ☐ tak ☐ nie
☐ zapalenie płuc ☐ rozedma, ☐ astma, ☐ pylica, ☐ przewlekłe zapalenie oskrzeli
☐ POChP, ☐ gruźlica

Choroby wątroby ☐ tak ☐ nie
☐ żółtaczka ☐ WZW, ☐ kamica pęcherzykowa, ☐ marskość

Choroby nerek i układu moczowego... ☐ tak ☐ nie
☐ kamica nerkowa ☐ kolka, ☐ zapalenie nerek, ☐ zapalenie pęcherza moczowego
☐ zapalenie cewki moczowej

Choroby ukł. żołądkowo-jelitowego... ☐ tak ☐ nie
☐ wrzody żołądka ☐ wrzody XII-cy, ☐ wymioty, ☐ refluks, ☐ biegunki, ☐ zaparcia
☐ bóle brzucha, ☐ inne

Choroby tarczycy ☐ tak ☐ nie
☐ nadczynność ☐ niedoczynność, ☐ guzki, ☐ wole, ☐ operacja

Choroby metaboliczne ☐ tak ☐ nie
☐ cukrzyca ☐ mocznica, ☐ inne

Choroby układu nerwowego ☐ tak ☐ nie
☐ padaczka ☐ drgawki ☐ niedowłady ☐ depresje

Choroby mięśni i ukł. kostno-szkieletowego
☐ osłabienie ☐ dyskopatia ☐ ZZSK ☐ osteoporoza ☐ tak ☐ nie

Zaburzenia układu krzepnięcia ☐ tak ☐ nie
☐ częste krwawienia z nosa ☐ przedłużone krwawienie z ran
☐ wylewy podskórne ☐ niebieskie plamy po uderzeniu

Uczulenia ☐ tak ☐ nie
☐ katar sienny ☐ środki spożywcze ☐ leki ☐ plastry ☐ jodyna
☐ środki chemiczne ☐ środki kontrastowe ☐ inne

Ubytki zębowe ☐ tak ☐ nie
☐ korzenie zębowe do leczenia ☐ mosty ☐ korony
☐ wyjmowane protezy częściowa / całkowita

Papierosy ☐ tak ☐ nie

Alkohol ☐ tak ☐ nie

Inne choroby

Waga Wzrost

WYPEŁNIA LEKARZ ANESTEZJOLOG

Imię i nazwisko

Rodzaj zabiegu, leczenia:

Uwagi:

ASA I II III

ZAKWALIFIKOWANY, WARUNKOWO

ZNIECZULENIE: ☐ ogólne dotchawicze, ☐ ogólne dożylnie, ☐ miejscowe,
☐ podpajęczynówkowe, ☐ zewnątrzoponowe, ☐ splot, ☐ inne

Kwalifikujący anestezjolog:

ZNIECZULENIE

Data Godzina

Ciśnienie tętnicze / Tętno

Monitorowanie: Ciśnienie ☐, saturacja SaO₂ ☐,

tętno ☐, CO₂ ☐, EKG ☐

Skala Aldreta: pkt

Atropina ☐ 0,5mg ☐ 1mg | Fentanyl ☐ 0,025mg ☐ 0,05mg ☐ 0,1mg
Midazolam ☐ 0,5mg ☐ 1mg | Propofol mg

UWAGI:

Podpis lekarza: pielęgniarki