

PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Nazwisko..... Imię.....
Data urodzenia:..... Wzrost:..... Waga.....

Zadaniem anestezjologa jest zapewnienie największego bezpieczeństwa i komfortu pacjentowi podczas zabiegów operacyjnych lub diagnostycznych.

Badanie endoskopowe wykonywane jest w znieczuleniu ogólnym, dożylnym. Zespół anestezjologiczny nadzoruje podczas całego czasu trwania badania czynności życiowe organizmu.

Ankieta przedoperacyjna służy do zebrania informacji, na podstawie których możliwa będzie odpowiednia kwalifikacja do planowanego znieczulenia.

Pani/Pana współpraca przyczyni się do optymalnego przebiegu znieczulenia. Prosimy bardzo dokładnie odpowiedzieć na **pytania zawarte w tabeli poniżej.**

WYPEŁNIA ANESTEZJOLOG

Rodzaj znieczulenia:.....; Ryzyko ASA:.....BP,HR;.....

Premedykacja:

Odchylenia w badaniach laboratoryjnych, rtg, ekg, inne:.....

Ocena trudności w intubacji:.....

Inne problemy:.....

.....

.....

PROSZĘ PRZECZYTAĆ PYTANIA I ZAKREŚLIĆ STOSOWNĄ ODPOWIEDŹ

Czy był(-a) już Pan(-i) operowany(-a)?	TAK	NIE	NIE WIEM
Data i rodzaj zabiegu operacyjnego:			
Czy dobrze zniósł/zniosła Pan(i) znieczulenie?	TAK	NIE	NIE WIEM
Czy miał(a) Pan(i) transfuzję krwi? Jeśli tak to kiedy?.....	TAK	NIE	NIE WIEM
Czy dobrze Pan(i) zniósł/zniosła transfuzję krwi?	TAK	NIE	NIE WIEM
Choroby serca: zawał, choroba niedokrwienna, wada serca.....	TAK	NIE	NIE WIEM
Choroby układu krążenia: nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia , duszności.....	TAK	NIE	NIE WIEM
Choroby układu oddechowego: gruźlica, rozedma, pylica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli.....	TAK	NIE	NIE WIEM
Żołądek: choroba wrzodowa, zapalenie.....	TAK	NIE	NIE WIEM
Wątroba: żółtaczka, stłuczenie, marskość.....	TAK	NIE	NIE WIEM
Choroby układu moczowego: zapalenie nerek, kamica, trudności w oddawaniu moczu.....	TAK	NIE	NIE WIEM
Cukrzyca, dna moczanowa, porfiryra.....	TAK	NIE	NIE WIEM
Tarczycza: wole obojętne, nadczynność, niedoczynność.....	TAK	NIE	NIE WIEM
Choroby oczu: jaskra.....	TAK	NIE	NIE WIEM
Choroby nerwów: porażenie, drgawki, padaczka, udar.....	TAK	NIE	NIE WIEM
Choroby kręgosłupa: zmiany w stawach, osłabienie mięśni.....	TAK	NIE	NIE WIEM
Choroby krwi: skłonności do krwawień, siniaków.....	TAK	NIE	NIE WIEM
Uczulenia: leki, plaster, katar sienny.....	TAK	NIE	NIE WIEM
Czy pije Pan(i) alkohol ?	TAK	NIE	-
Czy jest Pani w ciąży ?	TAK	NIE	NIE WIEM
Czy ma Pan(i) protezy zębowe wyjmowane?	TAK	NIE	-
Czy ma Pan(i) szkła kontaktowe, protezę oka?	TAK	NIE	-
Czy Pan(i) pali ? Jeśli tak to ile dziennie?	TAK	NIE	-
Czy zażywa Pan(i) środki nasenne? Jeśli tak, to jakie ?	TAK	NIE	-
Inne schorzenia:			
Jakie leki przyjmuje Pan(i) obecnie?			

ZGODA PACJENTA NA ZNIECZULENIE

Proszę o wykonanie u mnie znieczulenia ogólnego do badania kolonoskopowego. Jestem świadomy/świadoma możliwych zdarzeń niepożądanych wynikających ze znieczulenia ogólnego.

Zgadzam się na towarzyszące zabiegowi postępowanie, tj. infuzje płynów, ewentualną transfuzję krwi, niezbędne leki podawane w trakcie i po badaniu. Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego, w zależności od zaistniałej sytuacji.

Uwagi pacjenta.....

PODPIS LEKARZA.....

PODPIS PACJENTA.....