ANESTEZJOLOGICZNY KWESTIONARIUSZ PRZEDOPERACYJNY I KARTA ZNIECZULENIA ZABIEGÓW AMBULATORYJNYCH

Data zabiegu: Data urodzenia:

Nazwisko i imię:

Rodzaj operacji:

Oddział:

PROSZĘ ODPOWIEDZIEĆ NA NASTĘPUJĄCE PYTANIA:

	Tak	Nie
Czy jadł Pan / Pani cokolwiek w ciągu ostatnich 4 godzin?		
Czy przebył Pan / Pani w przeszłości jakieś operacje?		
Czy Pan / Pani lub ktoś z bliskiej rodziny miał problemy związane z narkozą?		
Czy aktualnie kaszle Pan / Pani lub jest przeziębiony?		
Czy przebył Pan / Pani w przeszłości jakieś poważne choroby?		
Czy choruje Pan / Pani na serce lub wysokie ciśnienie krwi?		
Czy miewa Pan / Pani obrzęki nóg?		
Czy zdarza się Panu / Pani mieć brak tchu lub ból w piersiach podczas wysiłku albo w nocy?		
Czy nie cierpi Pan / Pani na astmę albo zapalenie oskrzeli?		
Czy pali Pan / Pani papierosy?		
Czy cierpi Pan / Pani na padaczkę lub ma napady utraty przytomności?		
Czy choruje Pan / Pani na cukrzycę?		
Czy nie ma Pan / Pani anemii, nie zauważył łatwego powstawania sińców lub dużych krwotoków z błahej przyczyny?		
Czy przebył Pan / Pani jakieś choroby wątroby lub miał żółtaczkę?		
Czy pije Pan / Pani alkohol poza okazjami towarzyskimi?		
Czy jest Pan / Pani uczulony na jakieś materiały (plaster) leki?		
Czy przyjmuje Pan / Pani jakieś lekarstwa przepisane przez swojego lekarza?		
Czy nosi Pan / Pani jakieś protezy zębów lub wstawione sztuczne zęby?		
Czy nosi Pan / Pani stałe szkła kontaktowe?		
Czy jest Pani w ciąży?		

Podpis Pacjenta .....

BADANIE FIZYKALNE RR ..... Tętno ..... Masa ciała: .....

.....

.....

BADANIA LABORATORYJNE, EKG:

.....

.....

PRZEBIEG ZNIECZULENIA:

Leki \ Godz.												

UWAGI DO PRZEBIEGU ZNIECZULENIA:

.....

.....

ZLECENIA POZABIEGOWE:

.....

.....

Podpis Anestezjologa .....