



Ankieta przedoperacyjna **PORADNIA ANESTEZJOLOGICZNA**

Pacjent: _____ PESEL: _____
nazwisko i imię

Na jaki zabieg jest Pan(-i) kierowany(-a)? _____

1. Na jakie choroby Pan(-i) choruje?

Rozpoznanie	Rozpoznanie
1.	6.
2.	7.
3.	8.
4.	9.
5.	10.

2. Jakie leki przyjmuje Pan(-i) codziennie?

Nazwa leku i dawka	Stosowanie	Nazwa leku i dawka	Stosowanie
1.		7.	
2.		8.	
3.		9.	
4.		10.	
5.		11.	
6.		12.	

3. Jakież przeżył(-a) Pan(-i) operacje lub zabieg(i)?

Operacje lub zabiegi wraz z datą (rok)	Operacje lub zabiegi wraz z datą (rok)
1.	6.
2.	7.
3.	8.
4.	9.
5.	10.

4. Przetaczanie krwi i znieczulenie

Czy miał Pan(-i) kiedykolwiek oznaczoną grupę krwi?	↑	TAK, kiedy? _____ jaką grupę krwi Pan(-i) posiada? _____
Czy miał Pan(-i) kiedykolwiek przetaczaną krew?	↑	TAK Czy wystąpiły jakiekolwiek powikłania? ☐ NIE ☐ TAK
Czy był Pan(-i) poddany znieczuleniu?	↑	TAK
Czy wystąpiły u Pan(-i) powikłania związane ze znieczuleniem?	↑	TAK, jakie? _____

Pacjent: nazwisko i imię,

PESEL:

5. Wywiad chorobowy (prosimy zaznaczyć co dotyczy i uzupełnić dane, gdzie to możliwe)

Choroba niedokrwienna serca (zawał, dławica piersiowa)	↑	TAK, kiedy? _____ data ostatniego badania echo serca? _____
Wada serca lub zastawek	↑	TAK, jaka? _____ data ostatniego badania echo serca? _____
Zaburzenia rytmu serca (migotanie przedsionków, częstoskurcz, kołatanie serca)	↑	TAK, jakie? _____ data ostatniego badania Holtera? _____
Nadciśnienie tętnicze	↑	TAK, od kiedy? _____ najwyższe ciśnienie w ostatnim tygodniu? ____/____ mmHg
Choroby naczyń (żylaki, tętniak, zakrzepica, zatorowość, protezy naczyniowe)	↑	TAK, jakie? _____
Astma oskrzelowa	↑	TAK, od kiedy? _____
POCHP (Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc)	↑	TAK, od kiedy? _____
Choroba wrzodowa (żołądka lub dwunastnicy)	↑	TAK, jaka? _____ data (rok) ostatniej gastrokopii? _____
Choroby nerek	↑	TAK, jakie? _____
Choroby tarczycy	↑	TAK, jakie? _____ ostatnie oznaczenie TSH? _____
Cukrzyca	↑	TAK, jaka? _____ najwyższe wartości cukru w ostatnim tygodniu: _____
Udar mózgu, przemijające niedokrwienie mózgu (TIA)	↑	TAK, kiedy? _____
Padaczka	↑	TAK, jaka? _____
Choroby oczu (zaćma, jaskra)	↑	TAK, jakie? _____
Choroby zakaźne (m.in. gruźlica, WZW, HIV)	↑	TAK, jakie? _____
Choroby wątroby	↑	TAK, jakie? _____
Choroby krwi i szpiku kostnego	↑	TAK, jakie? _____
Choroby skóry, zmiany ropne, grzybice, łuszczyca	↑	TAK, jakie? _____
Uczulenia (m.in. na leki, plastry, inne)	↑	TAK, na co? _____

Pacjent: nazwisko i imię,

PESEL

Uzależnienia
(nikotyna, alkohol, narkotyki, leki, inne)

☐

NIE

☐

TAK, od czego? _____

Choroby psychiczne (m.in. depresja, nerwica itp.)

☐

NIE

☐

TAK, jakie? _____

Próchnica zębów

☐

NIE

☐

TAK
Leczenie stomatologiczne zakończone?
__NIE....__TAK...._____

Dla Kobiет –
Czy jest Pani obecnie w ciąży?

☐

NIE

☐

TAK

Inne choroby pominięte powyżej? (prosimy wymienić)

☐

NIE

☐

TAK, jakie?

Data wypełnienia ankiety

czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

*wypełnia pacjent/przedstawiciel ustawowy

** wypełniamy jeżeli dotyczy