

PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Nazwisko Imię

Data urodzenia Wzrost cm, Waga kg

Zawód (uprawiany obecnie lub w przeszłości)

1 Czy był(a) Pan(i) już kiedyś operowany w znieczuleniu? (rodzaj operacji, kiedy)

a b

c d

2 Czy u Pana(i) lub w Pana(i) rodzinie wystąpiły kiedyś powikłania związane ze znieczuleniem?

3 Proszę wymienić wszystkie leki, które przyjmuje Pan(i) na stałe (z dawką i częstotliwością zażywania)

4 Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a)? (leki, jedzenie, lateks etc. – proszę opisać na czym polegała reakcja uczuleniowa)

Poniżej proszę zaznaczyć odpowiednio NIE lub TAK w odpowiedzi na pytania:

- Czy choruje (chorował) Pan(i) na:
- Czy wystąpił u Pana(i) którykolwiek z objawów wymienionych poniżej:

		NIE	TAK	Komentarz lekarza
5	Astma			
	Zapalenie oskrzeli, rozedmę płuc, przewlekły kaszel			
	POCHP, rozedmę płuc, przewlekły kaszel			
	Gruźlica			
	Czy musi Pan(i) odpoczywać z powodu duszności wchodząc po schodach			
	Czy duszność nasiliła się w ciągu ostatnich 6 miesięcy			

		NIE	TAK	Komentarz lekarza
6	Nadciśnienie			
7	Choroba wieńcowa			
	ból zamostkowy pojawia się w trakcie wysiłku			
	czy musi Pan(i) odpoczywać z powodu bólu w klatce piersiowej wchodząc po schodach			
	czy tolerancja wysiłku pogorszyła się w ciągu ostatnich 6 miesięcy			
	czy miewa Pan(i) bóle w klatce piersiowej w spoczynku lub w nocy			
	czy miał Pan(i) zawał serca			
	czy miał Pan(i) zakładane stenty			
8	Niewydolność serca			
	czy może Pan(i) leżeć płasko bez duszności			
	czy ma Pan(i) obrzęki nóg			
9	Wada serca			
10	Zaburzenia rytmu serca			
	wszczepiony stymulator serca			
11	Przedłużone krwawienie po skaleczeniu, łatwe siniaczenie się			
12	Żylaki kończyn dolnych			
13	Zatorowość płucna			
14	Utrata przytomności			
15	Udar mózgu			
16	Padaczka			
17	Inne choroby neurologiczne			
18	Choroby tarczycy			
19	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy			
20	Refluks, zgagę			
21	Cukrzyca			
22	Żółtaczką, zapalenie lub marskość wątroby			

		NIE	TAK	Komentarz lekarza
23	Choroby nerek			
24	Choroby mięśni, postępującą słabość mięśni			
25	Jaska			
26	Inne choroby			

27	Czy pali Pan(i) papierosy			
28	Czy pije Pan(i) alkohol, stosuje inne używki			
29	Czy posiada Pan(i) protezy stomatologiczne			
30	Czy jest Pani w ciąży			
31	Czy stosuje Pani antykoncepcję hormonalną lub HTZ			
32	Inne informacje Pana(i) zdaniem ważne dla anestezjologa			

.....
Data i podpis pacjenta

.....
Data i podpis lekarza

ZGODA NA ZNIECZULENIE (podpisywana w obecności lekarza)

Ja zgadzam się, aby planowany zabieg został
(Imię i nazwisko)

przeprowadzony w znieczuleniu

Zgadzam się również na uzasadnione medycznie postępowanie towarzyszące (np. przetoczenie płynów, krwi, założenie dodatkowych kaniul naczyniowych) i w razie konieczności zmianę sposobu znieczulenia. Wszystkie przedstawione mi informacje są zrozumiałe i nie wywołują wątpliwości.

Oświadczam, że miałem(am) możliwość zadania wszystkich pytań dotyczących postępowania przed-, śród - i pooperacyjnego. Nie mam żadnych dalszych pytań.

.....
Data

.....
Podpis pacjenta

.....
Podpis lekarza

Rozpoznanie wstępne:

Planowany zabieg operacyjny:

STOPIEŃ ASA

I ☐

II ☐

III ☐

IV ☐

OCENA DRÓG ODDECHOWYCH

rozwarcie ust	☐ > 4 cm	☐ < 4 cm
wysuwa dolne siekacze przed przednie	☐ tak	☐ nie
odległość tarczowo – bródkowa	☐ > 6 cm	☐ < 6 cm
skala Mallampatie	☐ I ☐ II	☐ III ☐ IV
ruchomość kręgosłupa szyjnego ograniczona	☐ nie	☐ tak

Badania do wykonania

Uwagi, zalecone konsultacje:

Data, podpis i pieczęć anestezjologa