

ANKIETA DLA PACJENTA

załącznik nr 3

Imię	Nazwisko	
PESEL	Masa ciała	wzrost
Przyjmowane leki/suplementy/ziola:		
Przebyte w całym życiu operacje (jakie, kiedy):		
Czy wystąpiły u Pani/Pana powikłania związane ze znieczuleniem? (także w rodzinie)	Tak	Nie
Uczulenia (leki lub inne)?	Tak	Nie
Ruchome zęby/protezy zębowe?	Tak	Nie
Papierosy? Jak długo? Ile?	Tak	Nie
Alkohol? Narkotyki?	Tak	Nie
Astma, POChP, Gruźlica, inna choroba płuc?	Tak	Nie
Bezdech senny/chrapanie?	Tak	Nie
Infekcja w drogach oddechowych w ciągu ostatnich 3 tygodni (przeziębienie, angina, zapalenie oskrzeli, płuc?	Tak	Nie
Nadciśnienie tętnicze?	Tak	Nie
Choroba niedokrwienna serca? Przebyty zawał serca? Kiedy?..... - koronarografia (stenty) kiedy?..... - próba wysiłkowa kiedy?.....	Tak	Nie
Czy obecnie występują bóle w klatce piersiowej?	Tak	Nie
Duszność?	Tak	Nie
Na które piętro Pani/Pan wejdzie bez wysiłku i duszności?		
Wady serca?	Tak	Nie
Kołatanie serca? Migotanie przedsionków? Inne zaburzenia rytmu?	Tak	Nie
Wszczepiony stymulator/defibrylator?	Tak	Nie
Choroba wrzodowa żołądka/dwunastnicy? Zgaga?	Tak	Nie
Bóle brzucha? Żółtaczką?	Tak	Nie
Biegunki/wymioty w ciągu ostatnich 3 tygodni?	Tak	Nie
Padaczka?	Tak	Nie
Udar mózgu? Kiedy?.....	Tak	Nie
Niedowład kończyn górnych lub dolnych?	Tak	Nie

Choroby kręgosłupa?	Tak	Nie
Toczeń? Reumatyzm?	Tak	Nie
Depresja/nerwica?	Tak	Nie
Inne zaburzenia?	Tak	Nie
Cukrzyca? Insulin?/leki doustne? -poziom cukrów w pomiarach domowych na czczo/ po posiłku.....	Tak	Nie
Choroby tarczycy, nadnerczy?	Tak	Nie
Choroby układu moczowego/nerek? Zakażenia? Dializoterapia/	Tak	Nie
Skłonność do krwawień/siniaków? Anemia? Niedokrwistość?	Tak	Nie
Choroby zakaźne? Wirusowe zapalenie wątroby? HIV?	Tak	Nie
Choroby nowotworowe? Jakie..... - chemioterapia, kiedy?..... - radioterapia, kiedy?.....	Tak	Nie
Zaburzenia widzenia? Jaskra?	Tak	Nie
Czy kiedykolwiek miała pani/pan transfuzję krwi/preparatów? Czy były powikłania?	Tak	Nie
Pytania do lekarza		

Oświadczam, że odpowiedziałam/em prawdziwie na zadawane mi pytania i nie zataiłam/em żadnej informacji o stanie mojego zdrowia.

Data:

Czytelny podpis pacjenta:

BARDZO WAŻNE!!!

Proszę dostarczyć na wizytę do poradni Anestezjologicznej wypełnioną ankietę i zaświadczenie od lekarza prowadzącego lub lekarza specjalisty o stanie zdrowia, w przypadku występowania chorób wymienionych w ankiecie oraz jeśli posiadają Państwo wypisy ze szpitala, dodatkowe badania np. ECHO serca, koronarografię, próbę wysiłkową, badanie Holtera, hormony tarczycy, spirometrię i inne.