



ARTHMED Klinika Ortopedyczna
Oddział Chirurgii Urazowej i Ortopedii Jednego Dnia
ul. F. Barcza 48 lok.8L
10-685 Olsztyn
tel. 89 541 27 39

PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Dane pacjenta:

Data/godz...../.....

Nazwisko.....Imię.....

Data urodzenia.....Wzrost.....Waga.....kg

Adres.....

- | | | | |
|---|-----|-----|----------|
| 1. Czy leczył(a) się Pan(i) ostatnio? | TAK | NIE | NIE WIEM |
| 2. Jeśli tak, to na jakie schorzenia?..... | | | |
| 3. Jakie leki Pan(i) stosuje?..... | | | |
| 4. Czy obecnie jest Pan(i) przeziębiony(a)? | TAK | NIE | NIE WIEM |
| 5. Czy był już Pan(i) operowany(a)? | TAK | NIE | NIE WIEM |
| a).....w roku..... | | | |
| b).....w roku..... | | | |
| c).....w roku..... | | | |
| 6. Czy dobrze znosi Pan(i) znieczulenie (narkozę)? | TAK | NIE | NIE WIEM |
| 7. Czy ktoś z rodziny miał problemy ze znieczuleniem? | TAK | NIE | NIE WIEM |
| 8. Czy miał(a) Pan(i) transfuzję krwi ? | TAK | NIE | NIE WIEM |
| a) kiedy i jak ją Pan(i) zniósł(a) ?..... | | | |
| 9. Choroby serca (zawał, zapalenie, wada, choroba wieńcowa)? | TAK | NIE | NIE WIEM |
| 10. Zaburzenie rytmu (kołatanie serca)? | TAK | NIE | NIE WIEM |
| 11. Choroby krążenia (nadciśnienie, niedociśnienie, duszność
omdlenia, zmęczenie) | TAK | NIE | NIE WIEM |
| 12. Choroby naczyń (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn) | TAK | NIE | NIE WIEM |
| 13. Choroby płuc (gruźlica, zapalenie płuc, rozedma) | TAK | NIE | NIE WIEM |
| 14. Choroby dróg oddechowych (astma, przewlekłe zapalenie
oskrzeli) | TAK | NIE | NIE WIEM |
| 15. Choroby żołądka (zapalenie, choroba wrzodowa) | TAK | NIE | NIE WIEM |
| 16. Choroby wątroby (żółtaczką, kamica pęcherzyka, zapalenie) | TAK | NIE | NIE WIEM |
| 17. Choroby układu moczowego (zapalenie nerek, pęcherza,
kamica, trudności w oddawaniu moczu)? | TAK | NIE | NIE WIEM |
| 18. Cukrzyca | TAK | NIE | NIE WIEM |
| a) jeśli TAK od kiedy i jak leczona..... | | | |
| 19. Choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole) | TAK | NIE | NIE WIEM |
| 20. Choroby oczu (jaskra, wada dużego stopnia) | TAK | NIE | NIE WIEM |
| 21. Choroby układu nerwowego (porażenie, drgawki, udar, niedowład) | TAK | NIE | NIE WIEM |
| 22. Zmiany nastroju (depresje, nerwica) | TAK | NIE | NIE WIEM |
| 23. Choroby układu szkieletowego (ból korzonkowy, zmiany
zwyrodnieniowe stawów, kręgosłupa, osłabienie mięśni) | TAK | NIE | NIE WIEM |
| 24. Choroby krwi i układu krzepnięcia (skłonność do krwiałków,
niedokrwistość, hemofilia) | TAK | NIE | NIE WIEM |
| 25. Uczulenia (katar sienny, wysypka) | TAK | NIE | NIE WIEM |
| 26. Uczulenia na leki | TAK | NIE | NIE WIEM |
| a) jeśli TAK to na jakie?..... | | | |

27. Uczulenia na pokarmy	TAK	NIE	NIE WIEM
a) jeśli TAK to na jakie?.....		
28. Schorzenia nie wymienione powyżej (jakie?).....		
29. Czy jest Pani w ciąży?	TAK	NIE	NIE WIEM
30. Ostatnia miesiączka (data).....		
31. Czy przyjmuje Pani leki antykoncepcyjne?	TAK	NIE	
32. Czy przyjmuje Pan(i) środki uspokajające lub nasenne	TAK	NIE	
33. Czy ma Pan(i) protezy zębowe, chwiejące się zęby, koronki)?	TAK	NIE	NIE WIEM
34. Czy Pan(i) pali?	TAK	NIE	
35. Czy pije Pan(i) alkohol ?	NIE	RZADKO	REGULARNIE
36. Czy był Pan(i) leczony steroidami (encorton, hydrokortyzony)?	TAK	NIE	NIE WIEM

Oświadczenie pacjenta

Pytania z ankiety przedoperacyjnej zrozumiałem (łam), dr.....
Przeprowadził(a) ze mną dzisiaj rozmowę wyjaśniającą problem znieczulenia do operacji. Podczas rozmowy mogłem(łam) zapytać o wszystkie interesujące mnie problemy dotyczące znieczulenia, związanego z nim ryzyka (np. podrażnienie żył w miejscu wstrzyknięcia leków, bóle gardła, bóle i zawroty głowy, nudności, wymioty, niemiarowa czynność serca, osłabienie siły mięśniowej, bóle mięśni nawet przez kilka dni po zabiegu), oraz innych okoliczności przed i pooperacyjnych. Nie mam więcej pytań. Prawdziwość danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
data i podpis pacjenta

Zgoda na znieczulenie

Zgoda na znieczulenie ogóle /...../
Do zabiegu.....

.....
jak również na towarzyszące temu postępowanie (infuzje, transfuzje, leczenie krążeniowe, oddechowe) w czasie i po zabiegu. Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego (w tym zmianę rodzaju znieczulenia).

.....
data i podpis pacjenta

Wypełnia lekarz anestezjolog:

Przedoperacyjne badanie lekarskie:

Ryzyko wg ASA:.....

.....
Data i podpis lekarza