

PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA



Imię, Nazwisko

.....

Wiek:

.....

Wzrost:

waga:

Zawód (uprawiany obecnie lub w przeszłości)

ANKIETA		WŁAŚCIWE OTOCZYĆ OBWÓDKĄ			
		TAK	NIE	NIE WIEM	
1	Czy leczy się Pan(i) ostatnio z powodu choroby? Jeśli tak – to jakiej?				
2	Jakie leki (dawki) Pan(i) obecnie przyjmuje?	TAK	NIE	NIE WIEM	
3	Czy jest Pan(i) uczulony(a) (alergia)? np. na leki , kurz, pyłki roślin, pokarmy, plaster? Na co? Jeśli tak, to jakie ma Pan(i) objawy alergii? np. wstrząs, świąd skóry, wysypka, pokrzywka, duszność, katar Objawy:	TAK	NIE	NIE WIEM	
4	Czy był(a) Pan(i) operowany(a)/znieczulany(a)? Jeżeli tak, to z jakiego powodu, kiedy, ile razy, jakiego rodzaju znieczulenie zastosowano?	TAK	NIE	NIE WIEM	
	Czy był(a) Pan(i) znieczulany(a) do zabiegu stomatologicznego?	TAK	NIE	NIE WIEM	
	Czy wystąpiły powikłania związane ze znieczuleniem?	TAK	NIE	NIE WIEM	
	Czy dobrze Pan(i) zniósł(a) znieczulenie?	TAK	NIE	NIE WIEM	
	Czy u Pana(i) krewnych wystąpiły powikłania związane ze znieczuleniem? Jakże?	TAK	NIE	NIE WIEM	
5	Czy miał Pan(i) przetaczaną krew? Kiedy?	TAK	NIE	NIE WIEM	
	Czy wystąpiły powikłania po przetoczeniu krwi? Jakże?	TAK	NIE	NIE WIEM	
6	Czy jest Pani w ciąży?	NIE DOTYCZY	TAK	NIE	NIE WIEM
7	Czy stosuje Pani hormonalne środki antykoncepcyjne?	NIE DOTYCZY	TAK	NIE	
8	Stan jamy ustnej Ruchome zęby?	TAK	NIE		
	Proteza?	TAK	NIE		
	Aktualnie obecne objawy stanu zapalnego – bolesność przy nagryzaniu, reakcja na gorące , „za wysoki ząb”?	TAK	NIE		

PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA



9	Czy choruje Pan(i) obecnie lub chorował(a) na wymienione poniżej?									
▷	Choroby serca , np. zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego.	TAK	NIE	NIE WIEM						
▷	Choroby układu krążenia , np. nadciśnienie tętnicze, niskie ciśnienie, omdlenia, niewydolność krążenia, (duszność, nietolerancja wysiłku).	TAK	NIE	NIE WIEM						
▷	Choroby naczyń krwionośnych , np. żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle łydek przy chodzeniu.	TAK	NIE	NIE WIEM						
▷	Choroby płuc , np. gruźlica, pylica, rozedma zapalenie płuc.	TAK	NIE	NIE WIEM						
▷	Choroby dróg oddechowych , np. astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli	TAK	NIE	NIE WIEM						
▷	Choroby przewodu pokarmowego , np. choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy.	TAK	NIE	NIE WIEM						
▷	Choroby wątroby , np. marskość wątroby, żółtaczką.	TAK	NIE	NIE WIEM						
▷	Choroby metaboliczne , np. cukrzyca, dna.	TAK	NIE	NIE WIEM						
▷	Choroby tarczycy , np. wole, nadczynność, niedoczynność.	TAK	NIE	NIE WIEM						
▷	Choroby układu nerwowego , np. padaczka, porażenia, niedowład, utraty przytomności, miastenia.	TAK	NIE	NIE WIEM						
▷	Choroby układu kostno-stawowego , np. choroba zwyrodnieniowa, dyskopatia, bóle pleców.	TAK	NIE	NIE WIEM						
▷	Choroby krwi, zaburzenia układu krzepnięcia , np. anemia, skłonność do przedłużonego krwawienia, do wylewów krwawych.	TAK	NIE	NIE WIEM						
▷	Choroby oczu , np. jaskra.	TAK	NIE	NIE WIEM						
▷	Choroby układu moczowo-płciowego , np. choroby nerek, pęcherza, prostaty, macicy, jajników.	TAK	NIE	NIE WIEM						
▷	Choroby psychiczne , np. depresja, nerwica.	TAK	NIE	NIE WIEM						
▷	Inne , nie wymienione powyżej choroby:	TAK	NIE	NIE WIEM						
10	Czy pali(ł)(a) Pan(i) tytoń? - ile papierosów przez ile lat , - nie pali od lat	TAK	NIE							
11	Czy pije Pan(i) alkohol? Ile dziennie/tygodniowo? Uzależnienie? - Tak Nie	TAK	NIE							
12	Czy przyjmuje Pan(i) środki nasenne, uspokajające, narkotyki, sterydy	TAK	NIE							
Potwierdzam zgodność powyższych danych ze stanem faktycznym.										
data i podpis pacjenta										
		UWAGI:			ASA					
					E	I	II	III	IV	V
data i podpis konsultującego lekarza anestezjologa										