

ANKIETA PRZEDOPERACYJNA

Data urodzenia (wiek):		Nr telefonu:	
Rodzaj zabiegu:			

WYWIAD CHOROBY: (dotyczy całego życia)

1. **Czy choruje Pan(i) lub chorował(a) na serce i/lub nadciśnienie tętnicze?** tak nie

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> zawał serca (data _____) | <input type="checkbox"/> wada zastawki | <input type="checkbox"/> operacja serca lub naczyń wieńcowych („bypass”), zabieg „balonikowania”, założenie stentów |
| <input type="checkbox"/> pieczenie, ból za mostkiem | <input type="checkbox"/> wysokie ciśnienie tętnicze | <input type="checkbox"/> stymulator serca („rozrusznik”) |
| <input type="checkbox"/> choroba niedokrwienna serca | <input type="checkbox"/> wysoki poziom cholesterolu | <input type="checkbox"/> inne (opisz) _____ |
| <input type="checkbox"/> nierówne lub szybkie bicie serca | <input type="checkbox"/> obrzęki wokół kostek | |
| <input type="checkbox"/> szmer serca | <input type="checkbox"/> szybkie męczenie się | |

2. **Czy ma Pan(i) lub miał(a) jakieś choroby oskrzeli, płuc lub inne problemy z oddychaniem?** tak nie

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> astma oskrzelowa | <input type="checkbox"/> rozedma | <input type="checkbox"/> zapalenie płuc (ostatnie 2 miesiące) |
| <input type="checkbox"/> przewlekłe zapalenie oskrzeli | <input type="checkbox"/> gruźlica | <input type="checkbox"/> duszność przy położeniu się na plecach |
| <input type="checkbox"/> przewlekły kaszel | <input type="checkbox"/> przeziębienie, infekcja dróg oddechowych (ostatnie 2 tygodnie) | <input type="checkbox"/> inne (opisz) _____ |
| <input type="checkbox"/> z odkaszuszaniem wydzieliny | | |

3. **Czy ma Pan(i) lub miał(a) jakieś problemy z żołądkiem lub wątrobą?** tak nie

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> choroba wrzodowa | <input type="checkbox"/> zapalenie wątroby/żółtaczkę wirusowe | <input type="checkbox"/> stłuszczenie wątroby |
| <input type="checkbox"/> zapalenie żołądka | <input type="checkbox"/> typu A B C /toksyczne | <input type="checkbox"/> marskość wątroby |
| <input type="checkbox"/> refluks żołądkowo-przełykowy | <input type="checkbox"/> żółtaczkę mechaniczną/zastój żółci | <input type="checkbox"/> inne (opisz) _____ |

4. **Czy ma Pan(i) lub miał(a) jakieś problemy z układem moczowym (nerki, pęcherz) lub gruczołem krokowym?** tak nie

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> zapalenie nerek | <input type="checkbox"/> częste infekcje | <input type="checkbox"/> pieczenie przy oddawaniu moczu |
| <input type="checkbox"/> kamica nerkowa L P | <input type="checkbox"/> konieczność oddawania moczu w nocy | <input type="checkbox"/> inne (opisz) _____ |
| <input type="checkbox"/> trudności w oddawaniu moczu | | |

5. **Czy ma Pan(i) lub miał(a) cukrzycę, dnę moczanową lub jakieś choroby tarczycy, nadnerczy?** tak nie

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> cukrzyca typu 1 2 | <input type="checkbox"/> guzki/powiększenie tarczycy | <input type="checkbox"/> inne (opisz) _____ |
| <input type="checkbox"/> leczenie insuliną | <input type="checkbox"/> niedoczynność tarczycy | |
| <input type="checkbox"/> dna moczanowa | <input type="checkbox"/> nadczynność tarczycy | |

6. **Czy ma Pan(i) lub miał(a) jakieś choroby układu nerwowego (mózgu, nerwów), mięśni, kręgosłupa lub stawów?** tak nie

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> udar lub inne niedokrwienie | <input type="checkbox"/> osłabienie mięśni (miastenia) | <input type="checkbox"/> dolegliwości kręgosłupa szyjny piersiowy lędźwiowy |
| <input type="checkbox"/> porażenie lub niedowład | <input type="checkbox"/> osłabienie lub drętwienie rąk/nóg | <input type="checkbox"/> operacje kręgosłupa |
| <input type="checkbox"/> drgawki lub padaczka | <input type="checkbox"/> choroby zapalne stawów | <input type="checkbox"/> inne (opisz) _____ |
| <input type="checkbox"/> częste bóle głowy, migreny | <input type="checkbox"/> zwyrodnienie stawów | |

7. **Czy ma Pan(i) lub miał(a) jakieś choroby krwi lub zaburzenia krzepnięcia?** tak nie

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> anemia | <input type="checkbox"/> podskórne wylewy krwi przy małych urazach | <input type="checkbox"/> zakrzepica żylna |
| <input type="checkbox"/> skłonność do krwawień | <input type="checkbox"/> przedłużające się miesiączki | <input type="checkbox"/> inne (opisz) _____ |
| <input type="checkbox"/> krwotok po usunięciu zęba | | |

8. Czy ma Pan(i) lub miał(a) jakies choroby zyl? tak nie

zylaki kończyn dolnych zapalenie zyl inne (opisz) _____

9. Czy jest Pan(i) nosicielem HIV lub choruje na AIDS lub inne zaburzenia odpornosci? tak nie

10. Czy ma Pan(i) lub miał(a) jakies inne choroby nie wymienione powyzej? tak nie

opisz _____ _____ _____

11. Czy ma Pan(i) jakies uczulenia (szczegolnie na leki, plaster, jodny)? tak nie

opisz _____ _____ _____

12. Czy ma Pan(i) chorobę lokomocyjną (nudności, wymioty w czasie jazdy samochodem, statkiem)? tak nie

13. Czy nosi Pan(i) szkła kontaktowe? tak nie

14. Czy nosi Pan(i) protezy zębowe, mostki, korony?
Czy ma Pan(i) ruszające się zęby lub stałe aparaty na zębach? tak nie

15. Czy jest Pani w ciąży? tak nie

Data ostatniej miesiączki _____

16. Czy pan(i) pali papierosy? tak nie

ile dziennie _____ od ilu lat _____

17. Czy pije Pan(i) alkohol?

nie rzadko regularnie niewiele regularnie dużo

18. Czy był(a) Pan(i) już operowany(a)? (proszę podać rok i rodzaj operacji?) tak nie

_____ _____ _____

_____ _____ _____

19. Czy w czasie lub po znieczuleniu wystąpiły jakies powikłania? tak nie

trudności z obudzeniem powrót świadomości w czasie bóle głowy
 uporczywe nudności lub wymioty operacji inne (opisz) _____

20. Czy przyjmuje Pan(i) obecnie lub przyjmował ostatnio jakies leki? (proszę podać nazwę i dawkę leku – również leki bez recepty, preparaty ziołowe, suplementy diety) tak nie

_____ _____ _____

_____ _____ _____

_____ _____ _____

_____ _____ _____

21. Masa ciała _____ Wzrost _____ BMI* _____

Oświadczam, że podane powyżej informacje są zgodne z prawdą oraz otrzymałem/am informacje przedoperacyjne dotyczące przygotowania się do znieczulenia i możliwych jego powikłań.

Data i podpis pacjenta _____

* - BMI (body mass index) oblicza się go dzieląc masę ciała w kg przez wzrost w m podniesiony do kwadratu