

Ankieta przedoperacyjna

Wiele z zabiegów operacyjnych wymaga znieczulenia ogólnego. Proszę o uważne przeczytanie ankiety i zastanowienie się nad odpowiedziami, gdyż dokładnie takie pytania zada anestezjolog przed zabiegiem.

Za bezpieczeństwo i komfort podczas zabiegów operacyjnych lub diagnostycznych odpowiada obok chirurga i personelu pielęgniarskiego specjalista anestezjolog. Troszczy się on o zminimalizowanie bólu w czasie i po zabiegu operacyjnym oraz nadzoruje leczenie w bezpośrednim okresie pooperacyjnym. Zabieg operacyjny może być wykonany w znieczuleniu ogólnym (narkoza) lub miejscowym.

Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. Ankieta będzie pomocna w wyborze optymalnego sposobu znieczulenia. Ponadto podczas rozmowy z anestezjologiem prosimy o stawianie dalszych pytań i podpisanie zgody na znieczulenie dopiero po rozwianiu wszelkich wątpliwości i w jego obecności.

Nazwisko _____ Imię _____

Data urodzenia _____ Wzrost _____ cm, Waga _____ kg

Zawód (uprawiany obecnie lub w przeszłości) _____

1. Czy leczy się Pan(i) ostatnio _____ tak ☐ nie ☐

Jeśli tak, to na jakie schorzenia? _____

2. Jakie leki Pan(i) obecnie przyjmuje? _____

Czy choruje Pan(i) obecnie, bądź chorował(a) na jedną z wymienionych niżej chorób?

3. Choroby serca np. przebyty zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca.
zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego _____ tak ☐ nie ☐, nie wiem ☐

4. Choroby układu krążenia (np. ciśnienie krwi wysokie lub niskie, omdlenia, duszności)
_____ tak ☐, nie ☐, nie wiem ☐

5. Choroby naczyń krwionośnych (np. żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle
łydek przy chodzeniu) _____ tak ☐, nie ☐, nie wiem ☐

6. Choroby płuc(np. gruźlica, pylica, rozedma, zapalenie płuc) _____ tak ☐, nie ☐, nie wiem ☐

7 Choroby dróg oddechowych (np. astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli)
_____ tak ☐, nie ☐, nie wiem ☐

8 Choroby przewodu pokarmowego (np. choroba wrzodowa żołądka/ dwunastnicy)
_____ tak ☐, nie ☐, nie wiem ☐

9. Choroby wątroby (np. żółtaczką, marskość wątroby) _____ tak ☐, nie ☐, nie wiem ☐

10. Choroby układu moczowego (np. zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w
oddawaniu moczu) _____ tak ☐, nie ☐, nie wiem ☐

11. Zaburzenia przemiany materii (np. cukrzyca, dna) _____ tak ☐, nie ☐, nie wiem ☐

12. Choroby tarczycy (np. wole obojętne, nadczynność, niedoczynność) tak ☐, nie ☐, nie wiem ☐
13. Choroby układu nerwowego(np. padaczka, porażenia, niedowłady, utraty przytomności miastenia) tak ☐, nie ☐, nie wiem ☐
14. Choroby układu kostno-stawowego (np. bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów) tak ☐, nie ☐, nie wiem ☐
15. Choroby i układu krzepnięcia (np. anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba) tak ☐, nie ☐, nie wiem ☐
16. Choroby oczu (np. jaskra) tak ☐, nie ☐, nie wiem ☐
17. Zmiany nastroju (np. depresja, nerwica) tak ☐, nie ☐, nie wiem ☐
18. Uczulenia - alergię (np. katar sienny, wysypka, uczulenia na pokarmy, leki, plaster, jodynę) tak ☐, nie ☐, nie wiem ☐
- jeśli tak, to na jakie substancje? _____
- jakie są objawy uczulenia? _____
19. Inne schorzenia, nie wymienione powyżej? tak ☐, nie ☐, nie wiem ☐
- jeśli tak, to jakie _____
20. Czy był(a) Pan(i) już kiedyś operowany(a) tak ☐, nie ☐, nie wiem ☐
- Jeśli tak, to kiedy i z Jakiego powodu? _____
- _____
- _____
21. Czy dobrze zniósł Pan(i) znieczulenie? tak ☐, nie ☐, nie wiem ☐
22. Czy u krewnych Pana(i) wystąpiły kiedyś powikłania związane ze znieczuleniem? tak ☐, nie ☐, nie wiem ☐
23. Czy miał Pan(i) transfuzję krwi? tak ☐, nie ☐, nie wiem ☐
- kiedy ? _____
- czy dobrze zniósł, Pan, zniosła Pani transfuzję krwi? _____
24. Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę? _____
25. Czy jest Pani w ciąży? tak ☐, nie ☐, nie wiem ☐
26. Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne tak ☐, nie ☐
27. Czy Pan(i) pali tytoń ? tak ☐, nie ☐
- ile dziennie _____ od kiedy _____
28. Czy pije Pan(i) alkohol? nie ☐, rzadko ☐, niewiele ☐, regularnie ☐, dużo ☐
29. Czy zażywa Pan(i) środki uspokajające, nasenne, narkotyki tak ☐, nie ☐, nie wiem ☐
- jakie? _____

Zgoda na znieczulenie

Po rozmowie z anestezjologiem i zapoznaniu się z ankietą wyrażam zgodę na proponowane znieczulenie.

Podpis lekarza

Podpis pacjenta