

Ankieta anestezyjologiczna przed badaniem endoskopowym
w znieczuleniu ogólnym
Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania.

Nazwisko:..... Imię:

PESEL:

Wzrost: cm Waga: kg

	TAK	NIE	NIE WIEM
Czy leczy się Pan(i) ostatnio?			
1. 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 poniżej chorób? Proszę zaznaczyć właściwe pole oraz podkreślić chorobę, której dotyczy.			
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, 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 układu pokarmowego, np. choroba wrzodowa żołądka/dwunastnicy	TAK	NIE	NIE WIEM
9. Choroby wątroby, np. żółtaczka, 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, utrata przytomności, miastenia	TAK	NIE	NIE WIEM
14. Choroby układu kostno-stawowego, np. bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów	TAK	NIE	NIE WIEM
15. Choroby krwi 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. Czy używa Pan(i) szkieł kontaktowych? Posiada protezę oka?	TAK	NIE	NIE WIEM
18. Zmiany nastroju, np. depresja, nerwica	TAK	NIE	NIE WIEM
19. Uczulenia, alergie, np. uczulenia na leki, na pokarmy, plaster, jodynę, katar sienny, wysypka Jeśli tak, to na jakie substancje? Jakie są objawy uczulenia?	TAK	NIE	NIE WIEM
20. Czy używa Pan(i) protez stomatologicznych? Wyjmowanych czy stałych?	TAK	NIE	NIE WIEM
21. Inne schorzenia, nie wymienione powyżej Jeśli tak, to jakie?	TAK	NIE	NIE WIEM
22. Czy był(a) Pan(i) już kiedyś operowany(a)? Jeśli tak, to kiedy i z jakiego powodu?	TAK	NIE	NIE WIEM
23. Czy dobrze zniósł(a) Pan(i) znieczulenie?	TAK	NIE	NIE WIEM
24. Czy u krewnych Pana(i) wystąpiły kiedyś powikłania związane ze znieczuleniem?	TAK	NIE	NIE WIEM
25. Czy miał(a) Pan(i) transfuzję krwi? Jeśli tak to kiedy?.....Czy dobrze zniósł(a) Pan(i) transfuzję krwi?.....	TAK	NIE	NIE WIEM
26. Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę?.....			
27. Czy jest Pani w ciąży?	TAK	NIE	NIE WIEM

28. Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne?	TAK NIE
29. Czy pali Pan(i) tytoń? Jeśli tak, to ile dziennie?..... Od kiedy?.....	TAK NIE
30. Czy pije Pan(i) alkohol	NIE / RZADKO / NIEWIELE REGULARNIE / DUŻO
31. Czy zażywa Pan(i) środki uspokajające, nasenne, narkotyki? Jeśli tak to jakie?	TAK NIE NIE WIEM

Oświadczam, że udzieliłem prawidłowych i wyczerpujących odpowiedzi.

Data i podpis pacjenta/ opiekuna prawnego:

..... **Podpis lekarza:**

Data:.....