

ANKIETA

Nr. księgi głównej.....

Nazwisko i imię.....

nr PESEL.....

Adres.....

Proszę zakreślić właściwą odpowiedź oraz wpisać wszystkie informacje czytelnie

Wiek..... Waga.....

Jaki wykonuje Pani/Pan zawód?

.....

Czy znajdowała/ł się Pani/Pan ostatnio pod opieką lekarską z powodu przewlekłej choroby?

TAK

NIE

Czy jest pani w ciąży?(data ostatniej miesiączki).

.....

Czy przyjmuje Pani/Pan na stałe jakieś leki?

TAK

NIE

Czy brała Pani/Pan w ciągu ostatnich 10 dni leki przeciwgrypowe, przeciwbólowe, obniżające krzepliwość, przeciwreumatyczne?

TAK

NIE

Jakie operacje Pani/Pan przebyła/ł dotychczas i w którym roku?

.....

Czy w związku z zabiegami wydarzyło się coś szczególnego?

TAK

NIE

Czy krewni Pani/Pana mieli jakieś powikłania związane ze znieczuleniem?

TAK

NIE

Czy miała Pani/Pan przetaczaną krew?

TAK

NIE

Czy pojawiły się przy tym komplikacje

TAK

NIE

Czy jest Pani/Panu wiadomo ,że choruje Pani/Pan na którąś z podanych poniżej chorób?

Choroba mięśni,wiotkość?

TAK NIE

Czy choroba mięśni lub wiotkość mięśni występowały lub występują u krewnych?

TAK NIE

Choroby serca ,np. zawał serca,choroba wieńcowa ,wada serca,zapalenie mięśnia sercowego,zaburzenia rytmu serca?

TAK NIE

Czy choruje Pani/Pan na nadciśnienie tętnicze?

TAK NIE

Choroby płuc i dróg oddechowych {gruźlica,pylica, zapalenie płuc rozedma,astma oskrzelowa,inne}?

TAK NIE

Choroby wątroby{np. żółtaczka ,marskość ,inne}?

TAK NIE

Czy ma Pani/Pan żylaki kończyn dolnych?

TAK NIE

Choroba nerek {kamica,zapalenie,inne}?

TAK NIE

Zaburzenia materii,np .cukrzyca?

TAK NIE

Choroby tarczycy {np. .niedoczynność,powiększenie tarczycy,inne}?

TAK NIE

Choroby oczu {zaćma, jaskra,inne}?

TAK NIE

Choroby układu nerwowego {np. padaczka,niedowłady,inne}?

TAK NIE

Czy leczyła się Pani/Pan z powodu chorób psychicznych {np .nerwicy ,depresji inne}?

TAK NIE

Choroby układu kostnego {kręgosłupa,stawów,inne}?

TAK NIE

ANKIETA

cd.....
Nazwisko i imię pacjenta

Czy choruje Pani/Pan na owrzodzenia żołądka lub dwunastnicy?

TAK NIE

Choroby krwi lub zaburzenia krzepnięcia krwi {np skłonność do powstawania krwiaków, częste krwawienia z nosa}?

TAK NIE

Uczulenia {katar sienny, wysypki, nadwrażliwość na żywność, leki, plaster }?

TAK NIE

.....
Czy choruje Pani/Pan na inną nie wymienioną wyżej chorobę?

TAK NIE

Czy ma Pani/Pan protezy zębowe {np. koronki, mosty, wyjmowane protezy, inne}?

TAK NIE

Czy ma Pani/Pan ruszające się zęby?

TAK NIE

Czy pali Pani/Pan regularnie?

TAK NIE

Czy pije Pani/Pan regularnie alkohol?

TAK NIE

Czy jest Pani/Pan przyzwyczajona do jakichś lekarstw?

TAK NIE

Czy Pani/Pan źle słyszy?

TAK NIE

Prosimy -pytajcie Państwo o wszystko co Państwa interesuje w związku ze znieczuleniem.

Na życzenie poinformujemy o rzadkich powikłaniach znieczulenia.

SZCZEGÓŁY DOTYCZĄCE ZABIEGU

- Data zabiegu.....
- Przed zabiegiem nie wolno nic jeść ani pić od godziny.....
- Do szpitala proszę się zgłosić o godzinie.....
- Do szpitala proszę zabrać :wyniki badań ,ankietę,zdjęcia rtg,kapcie i szlafrok..

verte

WYMAGANE BEZWZGLĘDNE PRZESTRZEGANIE PONIŻSZYCH ZALECEŃ

- ➔ 6 godzin przed zabiegiem nie wolno nic jeść ani pić ,aby uniknąć zachłyśnięcia

- ➔ Leki które przyjmujemy na stałe należy przyjąć o zwykłej porze,chyba że lekarz zaleci inaczej,

- ➔ Nie wolno pic alkoholu 14 godziny przed zabiegiem.

- ➔ Należy usunąć protezy zębowe i szkła kontaktowe (już w szpitalu).

- ➔ Należy zdjąć i pozostawić w domu kolczyki,pierścionki, łańcuszki itp.

- ➔ Po zabiegu trzeba mieć zapewniony transport do domu z towarzyszącą dorosłą osobę.

- ➔ Po zabiegu nie wolno przez 24 godziny pic alkoholu,prowadzić pojazdów , obsługiwać urządzeń mechanicznych.

- ➔ W czasie 24 godzin po zabiegu należy unikać podejmowania ważnych decyzji.

Oświadczam ,że przeczytałam/em informacje o znieczuleniu dla Pacjentów dorosłych oraz ,że podane powyżej informacje są zgodne z prawdą.

.....
data i podpis Pacjenta