

## ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Imię i nazwisko : ..... PESEL : .....

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania, zakreślając TAK lub NIE i wypełniając wskazane miejsca. Otrzymane odpowiedzi są poufne i zostaną wykorzystane wyłącznie do celów medycznych tj. kwalifikacji i wykonania znieczulenie/analgosedacji podczas zabiegu w NZOZ KardioNeuroMED.

1. PROSZĘ PODAĆ SCHORZENIA NA JAKIE LECZY SIĘ PAN/ PANI OBECNIE

.....

2. CZY PRZYJMUJE PAN / PANI AKTUALNIE LEKI? – JEŚLI TAK, TO JAKIE?

.....

3. CZY LEŻAŁ/-a PAN/ PANI W SZPITALU W CIĄGU OSTATNICH PIĘCIU LAT?  TAK  NIE

Z JAKIEGO POWODU?.....

4. CZY BYŁ/-a PAN/ PANI KIEDYKOLWIEK W ŻYCIU OPEROWANY/-a?  TAK  NIE

Z JAKIEGO POWODU.....

5. CZY LECZY SIĘ PAN/PANI LUB LECZYŁ/-a W PRZESZŁOŚCI Z POWODU KTÓREJŚ Z CHOROÓB?

Wady serca	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Zaburzenia rytmu serca	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Zawał serca	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Nadciśnienie tętnicze	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Udar mózgu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Padaczka	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Cukrzyca	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Wirusowe zapalenie wątroby, żółtaczką	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Choroby krwi i zaburzenia krzepnięcia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Choroby płuc	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Choroby tarczycy	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Alergie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Inne	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

6. CZY MA PAN/ PANI PROTEZĘ ZĘBOWĄ?  TAK  NIE

7. CZY JEST PANI W CIAŻY ?  NIE Dotyczy  TAK  NIE

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą

.....  
Data

.....  
Podpis pacjenta lub opiekuna

.....  
Biłgoraj, dnia

.....  
Podpis i pieczętka lekarza anestezyjologa