

## ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Imię, Nazwisko .....

PESEL.....

1. Czy leczy się Pan/i na przewlekłe schorzenia? Jeżeli tak to na jakie?

.....  
.....

2. Uskarża się Pan/i na alergie? Jeśli tak, to na jakie?

.....

3. Przyjmuje Pan/i regularnie leki? Jeśli tak, to jakie?

.....

4. Był Pan/i kiedykolwiek operowany? Jeśli tak, to na co?

.....

5. Dobrze zniósł Pan/i znieczulenie?

.....

6. Czy w rodzinie występują przypadki powikłań związanych ze znieczuleniem?

.....

7. Miał Pan/i kiedykolwiek transfuzję krwi?

.....

8. Został Pan/i poinformowany na temat rodzaju zabiegu, któremu zostanie poddany?

.....

9. Czy choruje Pan/i na serce . Czy występują takie objawy jak: duszności, bóle w klatce piersiowej, kołatanie serca?

.....

10. Pana/i ciśnienie tętnicze jest: normalne  wysokie  niskie

11. Czy ma Pan/i problemy oddechowe (np. częsty kaszel, okresowe duszności, rozedma płuc, astma, inne)?

.....

12. Cierpi Pan/i na cukrzycę?.....

13. Czy Pan/i pali papierosy? TAK NIE

Ile? ..... Jeśli Pan/i rzucił palenie, to kiedy? .....

**Istnieją pewne zasady, których należy przestrzegać przed poddaniem się znieczuleniu, tak ogólnemu jak i miejscowemu.**

1. Pacjent na zabieg zgłasza się na czczo, tzn. minimum 6 godzin bez jedzenia i picia.
2. W przypadku leczenia chorób serca lub nadciśnienia tętniczego, należy przyjąć dawkę ranną zwykle branych leków z niewielką ilością wody.
3. W przypadku cukrzycy nie należy przyjmować doustnych leków przeciwcukrzycowych oraz insuliny (po konsultacji z lekarzem prowadzącym).
4. W dniu badania należy się zgłosić bez makijażu i bez pomalowanych paznokci u rąk.
5. Na badanie należy się zgłosić w towarzystwie osoby dorosłej, która po zabiegu zapewni opiekę na czas transportu do domu, oraz sprawować będzie nadzór przez najbliższe 24 godziny (transport do domu nie może odbywać się środkami komunikacji publicznej).
6. Przez 24 godziny po zabiegu nie można prowadzić pojazdów mechanicznych, ani obsługiwać innych urządzeń i maszyn. Nie można pić alkoholu, podejmować ważnych decyzji osobistych i służbowych i wykonywać wszystkich innych czynności wymagających pełnej sprawności psychofizycznej.

Uwagi:

.....  
.....  
.....  
.....

Data:.....

Podpis pacjenta: .....

Podpis opiekuna: .....

Podpis lekarza anestezjologa:.....