



ANKIETA OBOWIĄZKOWA DO KONSULTACJI ANESTEZJOLOGA

Wzrost

Waga

Zawód

Czy mieliście Państwo w przeszłości operacje?

TAK

NIE

Jeżeli TAK - proszę je wymienić poniżej w tabeli

Rodzaj operacji	Rok wykonania	Rodzaj znieczulenia do operacji

Pytanie	TAK	NIE	Uwagi
Czy dobrze wspomina Państwo znieczulenie			
Czy ktoś z najbliższej rodziny miał problemy z powodu znieczulenia			
Czy mieliście Państwo transfuzję składników krwi			
Czy zgadzacie się Państwo na konieczne dla ratowania życia lub zdrowia przetoczenie preparatów krwi w razie krwotoku podczas operacji			
Czy w ostatnich 30 dniach odczuwaliście Państwo duszność lub ból w klatce piersiowej			
Czy chorowaliście Państwo w przeszłości lub chorujecie obecnie na			
choroby serca			
nadciśnienie tętnicze			
choroby płuc			
choroby wątroby lub żółtaczkę			
choroby nerek			
cukrzycę - jeśli tak to od ilu lat			
choroby tarczycy			
chorobę wrzodową żołądka lub dwunastnicy, choroby jelit			
jaskrę lub zaćmę lub inne choroby oczu			
inne choroby			
Czy macie Państwo wszczepione stenty, stymulator serca lub inne urządzenia w okolicy serca			
Czy używacie Państwo aparatu słuchowego, soczewek kontaktowych			
Czy używacie Państwo protez zębowych, "mostków" lub wszczepiono implanty zębów			
Czy któryś z zębów się chwieje			
Czy w okresie ostatnich 14 dni byliście Państwo "przeziębieni"			
Czy łatwo powstają podbiegnięcia krwi na skórze ("siniaki")			
Czy niewielkie skaleczenia długo krwawią czy krwawią łatwo dziąsła			
Czy macie Państwo żyłaki			
Czy kiedykolwiek występowało zapalenie żył			
Czy cierpicie Państwo na bóle stawów			
Czy występowały kiedykolwiek drgawki, zaburzenia czucia, porażenia kończyn, zaburzenia mowy			
Czy kiedykolwiek wystąpiło uczulenie na leki, pokarm, kurz, pyłki traw lub inne alergeny			
Czy zażywacie Państwo			
leki przeciwbólowe			
Polopirynę / Acard / Polocard / Aspirynę			
Ticlid / Tiklopidynę / Klopidoogrel / Plavix			
Xerelto			
Sintrom / Acenokumarol / Warfin / Warfarynę			
Leki nasenne lub uspokajające			
Czy zażywaliście Państwo kiedykolwiek narkotyki lub środki odurzające			

Czy palicie Państwo papierosy, cygara, fajkę Jeśli TAK - od jak dawna jakie ilości dobowo			
Czy pijecie Państwo alkohol Jeśli tak - jaki rodzaj jakie ilości jednorazowo			
Pytanie dotyczące kobiet			
Czy ma Pani obfite lub przedłużające się miesiączki			
Czy przyjmuje Pani leki antykoncepcyjne lub stosuje hormonalną terapię zastępczą			
Czy może być Pani w ciąży			
Proszę podać datę ostatniej miesiączki			
Pytanie dotyczące mężczyzn			
Czy cierpi Pan na choroby gruczołu krokowego			

Nazwa leku	Dawka	Częstość przyjmowania w czasie doby	Uwagi

Uwagi:

ŚWIADOMA ZGODA NA ZNIECZULENIE I CZYNNOŚCI TOWARZYSZĄCE

Oświadczam, że podane w ankiecie anestezyjologicznej odpowiedzi są zgodne z prawdą. Nie zataiłam / zataiłem istotnych wiadomości o moim zdrowiu.

Stwierdzam, że zrozumiałam / zrozumiałem wszystkie podane informacje i podczas konsultacji anestezyjologicznej miałam / miałem możliwość uzyskania pełnych, zrozumiałych i satysfakcjonujących odpowiedzi na wszystkie moje pytania. Więcej pytań nie mam.

Zostałam / zostałem poinformowany o sposobach znieczulenia do zabiegu. Zrozumiałam / zrozumiałem istotę zaproponowanego mi znieczulenia. Uzyskałam / uzyskałem informacje o jego zaletach, wadach oraz dających się przewidzieć powikłaniach z nim związanych.

Po rozmowie z lekarzem anestezyjologiem zgadzam się bez zastrzeżeń na wykonanie proponowanego znieczulenia do zabiegu oraz towarzyszące znieczuleniu niezbędne postępowanie medyczne.

Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu znieczulenia w niezbędnym zakresie, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, jeśli będzie tego wymagała sytuacja powstała w wyniku procesu terapeutycznego.

Ponadto przyjmuję do wiadomości i wyrażam świadomą zgodę na uzasadnione medycznie, niezbędne dla mojego dobra, rozszerzenie postępowania anestezyjologicznego (leczenie krążeniowe, oddechowe, założenie centralnego dostępu żylnego, dostępu tętniczego) w razie konieczności powstałych w czasie zabiegu niespodziewanych okoliczności.

Wyrażam również w pełni świadomą zgodę na niezbędne dla mojego dobra kontynuowanie leczenia w oddziale anestezyjologii i intensywnej terapii oraz prowadzone tamże postępowanie lecznicze i diagnostyczne.

podpis pacjenta

podpis lekarza