GRUPA NOWY SZPITAL

# ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Imię i nazwisko:
PESEL[1]:
Oddział ..... Wzrost .....cm Masa ciała ..... kg
Rozpoznanie: .....
Procedura endoskopowa/ Procedura zabiegowa:
.....
.....

## WYWIAD OD PACJENTA

1. **Czy leczył (a) się Pan (i) ostatnio (w ciągu ostatnich 2 lat)?**

   ☐ nie ☐ tak

   Z powodu jakiej choroby? .....
   .....
   .....

   Uwagi pacjenta.....

2. **Czy przyjmuje Pan (i) leki?**

   ☐ nie ☐ tak

   Jakie (nazwa, dawka, jak długo)? .....
   .....
   .....

   Uwagi pacjenta.....

3. **Czy był Pan (i) szczepiony na żółtaczkę zakaźną (WZW typu B)?**

   ☐ nie ☐ tak

   Uwagi pacjenta.....

4. **Czy był Pan (i) kiedyś operowany (a)**

   ☐ nie ☐ tak

   Kiedy i z jakiego powodu?.....

   Czy obserwowano podczas narkozy szczególne reakcje?

   .....

   Uwagi pacjenta.....

5. **Czy otrzymywał Pan (i) kiedyś transfuzję krwi?**

   ☐ nie ☐ tak

   Czy towarzyszyły temu komplikacje?.....

   Uwagi pacjenta.....

5. **Czy w przeszłości przebył Pan (i) choroby serca:**

   **a/ zawał**

[1] W przypadku braku numeru PESEL należy wpisać datę urodzenia

☐ nie ☐ tak

**b/ zapalenie mięśnia sercowego**

☐ nie ☐ tak

**c/ Czy ma Pan/i wadę wrodzoną serca?**

☐ nie ☐ tak

**d/ czy ma Pan/ i rozrusznik serca?**

☐ nie ☐ tak

Uwagi pacjenta.....

**7. Czy choruje Pan (i) na choroby krążenia:**

**a/ nadciśnienie tętnicze**

☐ nie ☐ tak

**b/ omdlenia**

☐ nie ☐ tak

Uwagi pacjenta.....

**8. Czy w przeszłości przebył Pan (i) choroby naczyń :**

**a/ zapalenie żył powierzchniowych?**

☐ nie ☐ tak

**b/ zapalenie żył głębokich**

☐ nie ☐ tak

**c/ czy występują u Pana (i) bóle łydek?**

☐ nie ☐ tak

**d/ czy występują u Pana (i) bóle nóg przy chodzeniu?**

☐ nie ☐ tak

Uwagi pacjenta.....

**9. Czy w przeszłości przebył Pan (i ) choroby płuc:**

**a/ zapalenie płuc**

☐ nie ☐ tak

**b/ przewlekłe zapalenie oskrzeli**

☐ nie ☐ tak

**c/ astma**

☐ nie ☐ tak

**d/ czy choruje Pan/i na mukowiscydozę?**

☐ nie ☐ tak

**e/ czy przebył Pan (i) w ciągu ostatnich 6 tygodni infekcję dróg oddechowych (proszę podać kiedy)?**

☐ nie ☐ tak

Uwagi pacjenta.....

**10. Czy choruje Pan (i) na choroby przewodu pokarmowego:**

**a/ refluks żołądkowy**

☐ nie ☐ tak

**b/ zaburzenia wchłaniania**

☐ nie ☐ tak

Uwagi pacjenta.....

**11. Czy w przeszłości przebył Pan (i ) choroby wątroby:**

**a/ wirusowe zapalenie wątroby**

☐ nie ☐ tak

**b/ żółtaczkę**

☐ nie ☐ tak

Uwagi pacjenta.....

**12. Czy w przeszłości chorował Pan (i) na choroby nerek:**

**a/ kamicę moczową**

☐ nie ☐ tak

**b/ zapalenie nerek**

☐ nie ☐ tak

**c/ niewydolność nerek**

☐ nie ☐ tak

**d/ infekcję dróg moczowych**

☐ nie ☐ tak

Uwagi pacjenta.....

**13. Czy choruje Pan (i) na choroby przemiany materii:**

**a/ cukrzycę**

☐ nie ☐ tak

**b/ dnę**

☐ nie ☐ tak

Uwagi pacjenta.....

**14. Czy chorował (a) Pan (i) lub choruje na choroby tarczycy :**

**a/ nadczynność tarczycy**

☐ nie ☐ tak

**b/ niedoczynność tarczycy**

☐ nie ☐ tak

**c/ raka tarczycy**

☐ nie ☐ tak

Uwagi pacjenta.....

**15. Czy choruje Pan (i) na jaskrę ?**

☐ nie ☐ tak

Uwagi pacjenta.....

**16. Choroby neurologiczne – czy w przeszłości przebył Pan (i):**

**a/ udar mózgowy**

☐ nie ☐ tak

**b/ czy ma Pan (i) niedowład ?**

☐ tak ☐ nie

**c/ czy ma Pan (i) porażenie kończyn dolnych?**

☐ nie ☐ tak

**d/ czy ma Pan (i) porażenie kończyn górnych?**

☐ nie ☐ tak

**e/ czy ma Pan (i) porażenie połowiczne?**

☐ nie ☐ tak

**f/ czy choruje Pan (i) na epilepsję?**

☐ nie ☐ tak

**g/ czy choruje Pan (i) na stwardnienie rozsiane?**

☐ nie ☐ tak

Uwagi pacjenta.....

**17. Czy choruje Pan (i) na choroby układu kostno-stawowego, układu mięśniowego:**

**a/ urazy kręgosłupa**

☐ nie ☐ tak

**b/ choroby stawów**

☐ nie ☐ tak

**c/ zanik mięśni**

☐ nie ☐ tak

**d/ miastenia**

☐ nie ☐ tak

**e/ osłabienie mięśni także u członków dalszej rodziny**

☐ nie ☐ tak

Uwagi pacjenta.....

**18. Czy choruje Pan (i) na choroby krwi i układu krzepnięcia :**

**a/ małopłytkowość**

☐ nie ☐ tak

**b/ nadpłytkowość**

☐ nie ☐ tak

**c/ hemofilię**

☐ nie ☐ tak

**d/ skazę krwotoczną**

☐ nie ☐ tak

**e/ inne schorzenia układu krwiotwórczego, krwionośnego**

☐ nie ☐ tak

**f/ czy ma Pan (i) zwiększoną skłonność do siniaków, krwawień ?**

☐ nie ☐ tak

Uwagi pacjenta.....

**19. Czy choruje Pan (i) na choroby psychiczne:**

**a/ depresja**

☐ nie ☐ tak

**b/ schizofrenia**

☐ nie ☐ tak

**c/ nerwica**

☐ nie ☐ tak

**d/ zespół lękowy**

☐ nie ☐ tak

**e/ bezsenność**

☐ nie ☐ tak

Uwagi pacjenta.....

**20. Czy jest Pani w ciąży?**

☐ nie ☐ tak

Uwagi pacjenta.....

**21. Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę?**

.....

**22. Czy jest Pan (i) alergikiem?**

☐ nie ☐ tak

Na co?.....

Uwagi pacjenta.....

**23. Czy jest Pan (i) uczulona na leki?**

☐ nie ☐ tak

Na jakie?.....

Uwagi pacjenta.....

**24. Uzębienie**

☐ własne pełne ☐ własne z ubytkami ☐ własne chwiejące się

- licznymi
- nielicznymi

☐ zęby własne w trakcie leczenia ☐ zęby własne wyleczone

☐ proteza częściowa ☐ proteza całkowita

Uwagi pacjenta.....

**25. Czy nosi Pan (i) szkła kontaktowe?**

☐ nie ☐ tak

Uwagi pacjenta.....

**26. Palenie tytoniu**

☐ nie ☐ tak

Ilość...../ doba

Uwagi pacjenta.....

.....

**27. Alkohol**

☐ nie ☐ tak

Ilość.....

Uwagi pacjenta.....

**28. Leki uspokajające, nasenne**

☐ nie ☐ tak

Nazwa leku, dawka .....

Uwagi pacjenta.....

data.....

.....

czytelny podpis pacjenta
/ przedstawiciela ustawowego