



**SZPITAL
ŚW. WOJCIECHA**

Szpital św. Wojciecha

Wielkopolskie Centrum Medyczne
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

ul. B. Krzywoustego 114, 61-144 Poznań
tel. 61 62 33 111
email: sekretariat@szpitalswwojciecha.pl

NIP: 7822550546
REGON: 302139276
KRS: 0000852668
Kapitał podstawowy 712 tysięcy złotych

Ankieta anestezyjologiczna

<u>WYPEŁNIA PACJENT</u>			
Nazwisko	Imię		
Pesel	Data urodzenia		
Adres zamieszkania			
Zawód wykonywany	Płeć: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M		
WAGA:	WZROST:		
1. Czy pozostaje Pan/Pani pod opieką lekarza specjalisty? jeśli tak, to jakiego?	TAK	NIE	NIE WIEM
2. Czy leczył(a) się Pan(i) ostatnio? jeśli tak, to na jakie schorzenia?	TAK	NIE	NIE WIEM
3. Czy przyjmuje Pan(i) obecnie jakieś leki? jeśli tak, to proszę wpisać jakie?	TAK	NIE	NIE WIEM
4. Czy był(a) Pan(i) już operowany(a), rodzaj operacji?	TAK	NIE	NIE WIEM
a	rok		
b	rok		
c	rok		
5. Czy wystąpiły powikłania w czasie poprzedniego znieczulenia? jeśli tak, to jakie?	TAK	NIE	NIE WIEM
6. Czy przetoczono Panu/Pani krew lub preparaty krwiopochodne?	TAK	NIE	NIE WIEM
a. jeśli tak, to kiedy?			
b. czy wystąpiły jakieś powikłania po przetoczeniu?	TAK	NIE	NIE WIEM
c. jakie powikłania wystąpiły?			
7. Czy jest Pani aktualnie w ciąży (dotyczy kobiet)?	TAK	NIE	NIE WIEM
CZY STWIERDZONO U PANA(I) CHOROBY KTÓREGOŚ Z PODANYCH UKŁADÓW LUB NARZĄDÓW?			

8. UKŁAD SERCOWO-NACZYNIOWY			
wada serca, stent wewnątrznaczyniowy, embolizacja, zaburzenia rytmu serca, zawał serca, niedokrwienie m. sercowego, zapalenie m. sercowego,	TAK	NIE	NIE WIEM
wysokie ciśnienie krwi, niskie ciśnienie krwi,	TAK	NIE	NIE WIEM
omdlenie, duszność	TAK	NIE	NIE WIEM
zapalenie żył, żylaki kończyn dolnych, bóle łydek podczas chodzenia	TAK	NIE	NIE WIEM
inne			
9. UKŁAD ODDECHOWY			
astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli,	TAK	NIE	NIE WIEM
gruźlica, zapalenie płuc, pylica	TAK	NIE	NIE WIEM
inne			
10. UKŁAD POKARMOWY			
choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, zwężenie przełyku, refluks przełykowy, zapalenie jelit, krwawienia	TAK	NIE	NIE WIEM
biegunki, zaparcia, żylaki odbytu	TAK	NIE	NIE WIEM
wyłonienie stomii, pega	TAK	NIE	NIE WIEM
inne			
11. WĄTROBA			
żółtaczka mechaniczna, żółtaczka zakaźna, zastój, marskość wątroby, stwardnienie wątroby, stłuszczenie wątroby, kamica pęcherzyka żółciowego	TAK	NIE	NIE WIEM
inne			
12. UKŁAD MOCZOWY			
zapalenie nerek, kamica nerkowa, przewlekłe stany zapalne układu moczowego	TAK	NIE	NIE WIEM
dializoterapia, przeszczep nerki,	TAK	NIE	NIE WIEM
podwyższone lub wysokie wartości kreatyniny, trudności w oddawaniu moczu	TAK	NIE	NIE WIEM
inne			
13. TRZUSTKA			
ostre zapalenie trzustki, przewlekłe zapalenie trzustki	TAK	NIE	NIE WIEM
inne			
14. TARCZYCA			
nadczynność tarczycy	TAK	NIE	NIE WIEM
niedoczynność tarczycy	TAK	NIE	NIE WIEM
wole obojętne	TAK	NIE	NIE WIEM
inne			
15 . CHOROBY PRZEMIANY MATERII			
cukrzyca, hipertermia złośliwa	TAK	NIE	NIE WIEM
hipercholesterolemia, dna moczanowa, otyłość	TAK	NIE	NIE WIEM
inne			
16. NARZĄD WZROKU			
zaćma, jaskra, odwarstwienie siatkówki	TAK	NIE	NIE WIEM
wylewy krwawe do twardówki, stany zapalne	TAK	NIE	NIE WIEM
niedowidzenie, szkła kontaktowe	TAK	NIE	NIE WIEM
inne			
17. KREW I UKŁAD KRWIOTWÓRCZY			
zburzenia krzepnięcia, hemofilia	TAK	NIE	NIE WIEM
częste krwawienia z nosa, skłonność do powstawania siniaków, wybroczyny	TAK	NIE	NIE WIEM
inne			
18. UKŁAD KOSTNY I STAWOWY			

choroby kości, choroba Pageta, zapalenie kości inne	TAK	NIE	NIE WIEM
choroby zwyrodnieniowe stawów, dyskopatie, nawykowe zwichnięcia	TAK	NIE	NIE WIEM
bóle korzonkowe, osłabienie siły mięśniowej, inne	TAK	NIE	NIE WIEM
19. ZABURZENIA SŁUCHU			
aparat słuchowy,	TAK	NIE	NIE WIEM
choroby uszu, stany zapalne inne	TAK	NIE	NIE WIEM
20. UKŁAD NERWOWY			
padaczka, porażenia i niedowłady, udar mózgu	TAK	NIE	NIE WIEM
depresje, nerwice, zmiany nastroju, bezsenność, bóle głowy	TAK	NIE	NIE WIEM
Czy zażywa Pan(i) środki uspokajające lub nasenne?	TAK	NIE	NIE WIEM
21. CHOROBY ZĘBÓW I DZIAŚEŁ			
protezy zębowe, implanty	TAK	NIE	NIE WIEM
stany zapalne dziąseł, zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej, krwawienia	TAK	NIE	NIE WIEM
22. UCZULENIA			
katar sienny, wysypka, pokrzywka	TAK	NIE	NIE WIEM
uczulenie na leki - jeśli tak to jakie?	TAK	NIE	NIE WIEM
plastry, jodyna, latex, inne..	TAK	NIE	NIE WIEM
pokarmy – jeśli tak to jakie?	TAK	NIE	NIE WIEM
23. INNE NIEWYMIENIONE POWYŻEJ SCHORZENIA			
jeśli tak to jakie?	TAK	NIE	NIE WIEM
24. DODATNIE WYNIKI BADAŃ WIRUSOLOGICZNYCH			
HIV	TAK	NIE	NIE WIEM
Przeciwciała anty HCV	TAK	NIE	NIE WIEM
Antygen HBs	TAK	NIE	NIE WIEM
25. NAŁOGI			
Palenie tytoniu obecnie lub w przeszłości	TAK	NIE	NIE WIEM
jeśli tak to ile Pan(i) pali na dobę?			
od kiedy zaprzestał(a) Pan(i) palić?			
Spożywanie alkoholu			
nie <input type="checkbox"/>	rzadko <input type="checkbox"/>	regularnie <input type="checkbox"/>	regularnie dużo <input type="checkbox"/>
Spożywanie środków psychoaktywnych			
nie <input type="checkbox"/>	rzadko <input type="checkbox"/>	regularnie <input type="checkbox"/>	regularnie dużo <input type="checkbox"/>
<p>Oświadczam, że nie zataiłem(am) jakichkolwiek faktów i informacji dotyczących mojego stanu zdrowia odpowiadając na zadane mi pytania które mogą mieć wpływ na przebieg operacji. Wobec braku braku jakichkolwiek wątpliwości, co do zawartych w ankiecie informacji składam własnoręczny podpis w obecności lekarza anestezjologa. Miałem (am) możliwość zadawania pytań.</p>			
<p>Data..... Podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego.....</p>			

WYPEŁNIA LEKARZ ANESTEZJOLOG

SCHORZENIA WYMAGAJĄCE LECZENIA PRZED PLANOWANYM PRZYJĘCIEM DO SZPITALA

.....

.....

PROPONOWANE KONSULTACJE:

Brak modyfikacja leczenia nadciśnienia tętniczego modyfikacja leczenia cukrzycy

Kardiologiczna.....

Pulmonologiczna.....

Inne:.....

W badaniu fizykalnym: -bez odchyień do normy TAK NIE

-odchylenia do normy TAK NIE

.....

.....

Chory został zakwalifikowany do znieczulenia.

Chory nie kwalifikuje się do znieczulenia z powodu:

.....

.....

Data.....

.....
/podpis i pieczętka lekarza/