

ANKIETA STANU ZDROWIA

BARDZO WAŻNE! Proszę dostarczyć na wizytę do Poradni Anestezjologicznej dokładnie wypełnioną ankietę. Jeśli posiada Pani/Pan wypisy ze szpitala, informacje od lekarzy prowadzących, dodatkowe badania np. ECHO serca, koronarografię, próbę wysiłkową, badanie Holtera, hormony tarczycy, spirometrię lub inne – proszę dostarczyć je na wizytę anestezjologiczną. Jeśli leczy się Pani/Pan z powodu nadciśnienia lub cukrzycy, proszę zabrać dzienniczek pomiarów ciśnienia tętniczego lub poziomu glukozy.

Imię:		Nazwisko:			
Data urodzenia:		Aktualna masa ciała:		Aktualny wzrost:	
Czy przyjmuje Pani/Pan leki, a także suplementy/zioła? ☐ Tak ☐ Nie Jakiej? Proszę wymienić nazwy wszystkich leków i suplementów oraz dawkowanie : np. <i>Polocard</i> <i>75 mg</i> <i>1 tabletka rano.</i>					
Nazwa	Dawka	Jak często?	Nazwa	Dawka	Jak często?

Czy przeżyła Pani/Pan w przeszłości (w całym życiu) operacje? ☐ Tak ☐ Nie			
Jakiej? Kiedy?			
Rodzaj operacji	Rok	Rodzaj operacji	Rok

Czy wystąpiły u Pani/Pana powikłania związane ze znieczuleniem? (także w rodzinie) Jakiej?	☐ Tak ☐ Nie
Czy wystąpiły u Pani/Pana uczulenia (na leki lub inne-)? Proszę wymienić alergie i ich objawy:	☐ Tak ☐ Nie
Czy posiada Pani/Pan ruchome zęby / protezy zębowe / implanty/ koronki?	☐ Tak ☐ Nie
Czy pali Pani/Pan papierosy/e-papierosy? Od jak dawna? Ile sztuk dziennie? Nie palę od.....lat.	☐ Tak ☐ Nie
Ile jednostek alkoholu pije Pani/Pan przeciętnie w ciągu 1. tygodnia (1 jednostka to 1 mała lampka wina, 0,5L piwa lub 50ml wódki): jednostek	
Czy zażywa Pani/Pan substancje psychoaktywne/narkotyki? Jakiej?.....	☐ Tak ☐ Nie

Czy choruje Pani/Pan na choroby płuc? (proszę zaznaczyć)	☐ Tak	☐ Nie
Astma, POChP, gruźlica, rozedma inna choroba płuc?.....		
Czy choruje Pani/Pan na bezdech senny?	☐ Tak	☐ Nie
Czy używa Pani/Pan urządzenia CPAP?	☐ Tak	☐ Nie
Czy w ciągu ostatnich 3 tygodni miał/a Pani/Pan infekcję, przeziębienie, szczepienie, biegunka, wymioty?	☐ Tak	☐ Nie
Na które piętro wejdzie Pani/Pan bez wysiłku i duszności? (proszę zaznaczyć) ☒ Pół piętra lub mniej ☐ Pierwsze ☐ Drugie ☐ Trzecie lub więcej		
Czy choruje Pani/Pan na nadciśnienie tętnicze?	☐ Tak	☐ Nie
Czy choruje Pani/Pan na chorobę niedokrwienną serca (choroba wieńcowa)? Przebyty zawał serca? Kiedy? Koronarografia/stenty, By-passy? Kiedy? Próba wysiłkowa? Kiedy?	☐ Tak	☐ Nie
Czy obecnie występują u Pani/Pana bóle w klatce piersiowej? Czy nasilają się przy wysiłku?	☐ Tak ☐ Nie ☐ Tak ☐ Nie	
Czy występują u Pani/Pana duszność? Czy występują u Pani/Pana omdlenia, utraty przytomności?	☐ Tak ☐ Nie ☐ Tak ☐ Nie	
Czy choruje Pani/Pan na niewydolność serca? Czy musi Pani/Pan z tego powodu spać w pozycji półsiedzącej/siedzącej?	☐ Tak ☐ Nie ☐ Tak ☐ Nie	
Czy stwierdzono u Pani/Pana wysoki poziom cholesterolu lub trójglicerydów?	☐ Tak	☐ Nie
Czy stwierdzono u Pani/Pana zakrzepicę żył głębokich? żylaki nóg? zatorowość płucną?	☐ Tak ☐ Nie ☐ Tak ☐ Nie ☐ Tak ☐ Nie	
Czy stwierdzono u Pani/Pana: miażdżycę naczyń krwionośnych? Chromanie przestankowe?	☐ Tak ☐ Nie ☐ Tak ☐ Nie	
Ile metrów przejdzie Pan/Pani bez odpoczynku po płaskim terenie?.....		
Czy stwierdzono u Pani/Pana wady serca? Jakiej?..... Sztuczne zastawki serca? Jakiej?.....	☐ Tak ☐ Nie ☐ Tak ☐ Nie	
Czy choruje Pani/Pana na: arytmie, kołatanie serca? migotanie przedsionków? Inne zaburzenia rytmu serca?	☐ Tak ☐ Nie ☐ Tak ☐ Nie ☐ Tak ☐ Nie	
Czy ma Pani/Pan wszczepione urządzenie medyczne (rozrusznik serca, kardiowerter, port naczyniowy, protezę stawu itp.)? Jakiej?.....	☐ Tak	☐ Nie
Czy choruje Pani/Pana: chorobę wrzodową żołądka/dwunastnicy? Zgagę? Refluks? Przepuklinę rozworu przełykowego?	☐ Tak ☐ Nie ☐ Tak ☐ Nie ☐ Tak ☐ Nie ☐ Tak ☐ Nie	
Czy choruje Pani/Pana na padaczkę?	☐ Tak	☐ Nie
Czy stwierdzono u Pani/Pana udar mózgu? Przemijające niedokrwienie mózgu?	☐ Tak	☐ Nie

Kiedy?.....		
Czy stwierdzono u Pani/Pana: niedowłady kończyn?	☐ Tak	☐ Nie
zaburzenia równowagi?	☐ Tak	☐ Nie
zawroty głowy?	☐ Tak	☐ Nie
Czy stwierdzono u Pani/Pana: chorobę Parkinsona?	☐ Tak	☐ Nie
miastenie?	☐ Tak	☐ Nie
inne choroby neurologiczne? Jakiej?.....		
Czy stwierdzono u Pani/Pana: choroby kręgosłupa? Jakiej?.....	☐ Tak	☐ Nie
szttywność szyi?	☐ Tak	☐ Nie
Czy choruje Pani/Pan na: reumatoidalne zapalenie stawów?	☐ Tak	☐ Nie
toczeń?	☐ Tak	☐ Nie
inne choroby reumatologiczne? Jakiej?.....		
Czy jest Pani/Pan leczona/y psychiatrycznie? Na co?	☐ Tak	☐ Nie
Czy choruje Pani/Pan na cukrzycę?	☐ Tak	☐ Nie
Czy stosuje Pani/Pan insulinę?	☐ Tak	☐ Nie
Poziom cukru w pomiarach domowych na czczo.....		
po posiłku.....		
Czy cierpi Pani/Pan na: choroby tarczycy? Jakiej?.....	☐ Tak	☐ Nie
choroby nadnerczy? Jakiej?.....	☐ Tak	☐ Nie
Czy stwierdzono u Pani/Pana choroby nerek?	☐ Tak	☐ Nie
Czy wymaga Pani/Pan dializoterapii?	☐ Tak	☐ Nie
Czy stwierdzono u Pani/Pana nietrzymanie moczu?	☐ Tak	☐ Nie
Czy występuje u Pani/Pana skłonność do krwawień / siniaków?	☐ Tak	☐ Nie
Czy stwierdzono u Pani/Pana choroby zakaźne? (proszę zaznaczyć)	☐ Tak	☐ Nie
Wirusowe zapalenie wątroby? Żółtaczka? HIV?		
Czy stwierdzono u Pani/Pana chorobę nowotworową – jaką?	☐ Tak	☐ Nie
chemioterapia – kiedy?.....	☐ Tak	☐ Nie
radioterapia – kiedy?.....	☐ Tak	☐ Nie
Czy choruje Pani/Pan na jaskrę?	☐ Tak	☐ Nie
inne choroby oczu?	☐ Tak	☐ Nie
Czy stwierdzono u Pani/Pana anemię?	☐ Tak	☐ Nie
Czy kiedykolwiek miała Pani/Pan transfuzję krwi?	☐ Tak	☐ Nie
czy były powikłania? Jakiej?.....	☐ Tak	☐ Nie
Czy cierpi Pani/Pan na chorobę lokomocyjną?	☐ Tak	☐ Nie
Wypełniają kobiety: Czy podejrzewa Pani, że może Pani być w ciąży?	☐ Tak	☐ Nie
Czy musi Pani/Pan korzystać ze wsparcia Ośrodka Pomocy Społecznej?	☐ Tak	☐ Nie
Czy cierpi Pani/Pan na inne choroby, niewymienione powyżej? Jakiej?.....	☐ Tak	☐ Nie
.....		
.....		

Oświadczam, że odpowiadałam/em prawdziwie na zadawane mi w ankiecie pytania i nie zataiłam/em żadnej informacji o stanie mojego zdrowia.

Data:	Czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego:

Potwierdzenie, data.....

HR	BP	RR	SpO2	Skala ASA	Zlecone badania kontrolne
	/			☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ morfologia ☐ APTT, INR ☐ K, Na ☐ Kreatynina, mocznik ☐ Hb1Ac, cukier ☐ EKG ☐ Troponina ☐
☐ Szmer płucny symetryczny Inny:		☐ Akcja serca miarowa, tony czyste Inne:			Dodatkowe konsultacje specjalistyczne
Malampathi 1 2 3 4		☐ Przebyta trudna intubacja ☐ Otyłość			
Otwarcie ust	cm	☐ Protezy zębowe/ zęby ruchome			
Odl. tarczowo-bródkowa	cm	☐ Bezzębny↑↓ ☐ małozuchwie			
Przewidywana trudna intubacja ☐		☐ Wąsy/broda ☐ Krótka szyja ☐ Wystające siekacze			
Premedykacja: ☐ Paracetamol 1,0g iv – godz..... ☐ Dexaven mg iv – godz..... ☐ Pregabalinamg po – godz..... ☐godz.....					
Zalecenia przed znieczuleniem: ☐ Bez heparyn i pochodnych ☐ 12h ☐ 24h ☐ 48h przed znieczuleniem ☐ Karta cukrzycowa 4xd GIK od 6.00: 10% glukoza 500ml zmEq Kcl ij insuliny krótkodziałającej z V 80ml/h ☐ Leki w rano w dniu zabiegu..... ☐ Inne					

Proponowane znieczulenie: ☐Ogólne ☐PP/ZO ☐Blokada splotu nerwowego ☐Blokada powięziowa.....
☐Inne.....

Pieczętka i podpis lekarza