

### 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 lub poziomu glukozy.

Imię:	Nazwisko:					
PESEL:	Aktualna masa ciała:	Aktualny wzrost:				
Czy przyjmuje Pani/Pan leki, a także suplementy/zioła? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</span> Jakiej? Proszę wymienić nazwy <b>wszystkich</b> leków i suplementów oraz <b>dawkowanie</b> : np. <i>Polocard</i> <span style="margin-left: 100px;"><i>75 mg</i></span> <span style="margin-left: 20px;"><i>1 tabletkę rano.</i></span>						
Leki	Nazwa	Dawka	Jak często?	Nazwa	Dawka	Jak często?
Czy przeżyła Pani/Pan w przeszłości (w całym życiu) operacje? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</span> Jakiej? Kiedy?						
Operacje	Rodzaj operacji	Rok	Rodzaj operacji	Rok		
Czy wystąpiły u Pani/Pana powikłania związane ze znieczuleniem? (także w rodzinie) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</span> Jakiej? ..... .....						
Anestezjologiczne	Czy wystąpiły u Pani/Pana uczulenia (na leki lub inne-)? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</span>					
	Proszę wymienić alergie i ich objawy: ..... ..... .....					

Uzywki	Czy pali Pani/Pan papierosy/e-papierosy? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Od jak dawna? ..... Ile sztuk dziennie? ..... Nie palę od.....lat.
	Ile <b>jednostek</b> 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?..... <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Choroby układu sercowonaczyniowego	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? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Czy cierpi Pani/Pan na chorobę niedokrwinną serca (choroba wieńcowa)? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie - Przebyty zawał serca? Kiedy? ..... - Koronarografia/stenty, By-passy? Kiedy? ..... - Próba wysiłkowa? Kiedy? .....
	Czy obecnie występują u Pani/Pana bóle w klatce piersiowej? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Czy nasilają się przy wysiłku? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Czy występują u Pani/Pana duszność? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Czy występują u Pani/Pana omdlenia, utraty przytomności? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Czy choruje Pani/Pan na niewydolność serca? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Czy musi Pani/Pan z tego powodu spać w pozycji półsiedzącej/siedzącej? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Czy stwierdzono u Pani/Pana wysoki poziom cholesterolu lub trójglicerydów? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Czy stwierdzono u Pani/Pana - zakrzepicę żył głębokich? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie - żylaki nóg? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie - zatorowość płucną? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Czy stwierdzono u Pani/Pana: -miażdżycę naczyń krwionośnych? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie -Chromanie przestankowe? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Ile metrów przejdzie Pan/Pani bez odpoczynku po płaskim terenie?.....
	Czy stwierdzono u Pani/Pana -wady serca? Jakiej?..... <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie - Sztuczne zastawki serca? Jakiej?..... <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Czy choruje Pani/Pana na: -arytmię, kołatanie serca? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie -migotanie przedsionków? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie -Inne zaburzenia rytmu serca? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Czy ma Pani/Pan wszczepione urządzenie medyczne (rozzrusznik serca, kardiowerter, port naczyniowy, protezę stawu itp.)? Jakiej? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie .....

Choroby układu oddechowego	Czy choruje Pani/Pan na choroby płuc? (proszę zaznaczyć) Astma, POChP, gruźlica, rozedma inna choroba płuc? .....	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Czy choruje Pani/Pan na bezdech senny?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Czy używa Pani/Pan urządzenia CPAP?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Czy w ciągu ostatnich 3 tygodni miał/a Pani/Pan infekcję, przeziębienie, szczepienie, biegunka, wymioty?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Ch. ukł. pok.	Czy cierpi Pani/Pana: -chorobę wrzodową żołądka/dwunastnicy?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	-Zgagę?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	-Refluks?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	-Przepuklinę rozworu przełykowego?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Czy choruje Pani/Pana na marskość/stłuszczenie wątroby	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Choroby neurologiczne i układu ruchu	Czy choruje Pani/Pana na padaczkę?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Czy stwierdzono u Pani/Pana udar mózgu? Przemijające niedokrwienie mózgu? Kiedy?.....	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Czy stwierdzono u Pani/Pana: -niedowładny kończyn?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	-zaburzenia równowagi?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	-zawroty głowy?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Czy stwierdzono u Pani/Pana: -chorobę Parkinsona?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	-miastenię?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	-inne choroby neurologiczne? Jakiej?.....		
	Czy stwierdzono u Pani/Pana: -choroby kręgosłupa? Jakiej?.....	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	-sztywność szyi?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Cukrzyca	Czy choruje Pani/Pan na cukrzycę?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Czy stosuje Pani/Pan insulinę?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	- Poziom cukru w pomiarach domowych na czczo..... po posiłku.....		
	Czy jest Pani/Pan leczona/y psychiatrycznie? Na co? .....	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

	Czy cierpi Pani/Pan na: -choroby tarczycy? Jakiej?.....	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	-choroby nadnerczy? Jakiej?.....	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Czy stwierdzono u Pani/Pana choroby nerek?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Czy wymaga Pani/Pan dializoterapii?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Czy stwierdzono u Pani/Pana nietrzymanie moczu?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Czy występuje u Pani/Pana skłonność do krwawień / siniaków?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Czy stwierdzono u Pani/Pana choroby zakaźne? (proszę zaznaczyć) Wirusowe zapalenie wątroby?      Żółtaczką?      HIV?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Czy stwierdzono u Pani/Pana chorobę nowotworową – jaką? .....	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	-chemioterapia – kiedy?.....	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	-radioterapia – kiedy?.....	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Czy choruje Pani/Pan na jaskrę?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	-inne choroby oczu?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Różne	Czy stwierdzono u Pani/Pana anemię?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Czy kiedykolwiek miała Pani/Pan transfuzję krwi?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	-czy były powikłania? Jakiej?.....	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Czy cierpi Pani/Pan na chorobę lokomocyjną?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Czy posiada Pani/Pan ruchome zęby / protezy zębowe / implanty/ koronki?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Wypełniają kobiety: Czy podejrzewa Pani, że może Pani być w ciąży?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Czy musi Pani/Pan korzystać ze wsparcia Ośrodka Pomocy Społecznej?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Czy cierpi Pani/Pan na inne choroby, niewymienione powyżej? Jakiej?..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Czy wyraża Pani/Pan zgodę na medycznie uzasadnione przetoczenie krwi lub składników krwiopochodnych?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

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

Data:	Czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego: