

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? ☐ Tak ☐ Nie Jakież? Proszę wymienić nazwy wszystkich leków i suplementów oraz dawkowanie : np. <i>Polocard</i> <i>75 mg</i> <i>1 tabletka rano.</i>						
Leki	Nazwa	Dawka	Jak często?	Nazwa	Dawka	Jak często?
Czy przeżyła Pani/Pan w przeszłości (w całym życiu) operacje? ☐ Tak ☐ Nie Jakież? Kiedy?						
Operacje	Rodzaj operacji		Rok	Rodzaj operacji		Rok
Anestezjologiczne	Czy wystąpiły u Pani/Pana powikłania związane ze znieczuleniem? (także w rodzinie) ☐ Tak ☐ Nie Jakież?					
	Czy wystąpiły u Pani/Pana uczulenia (na leki lub inne-)? ☐ Tak ☐ Nie Proszę wymienić alergie i ich objawy:					

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

Choroby układu oddechowego	Czy choruje Pani/Pan na choroby płuc? (proszę zaznaczyć) Astma, POChP, gruźlica, rozedma inna choroba płuc?	☐ Tak	☐ Nie
	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
Ch. ukł. pok.	Czy cierpi Pani/Pana: -chorobę wrzodową żołądka/dwunastnicy?	☐ Tak	☐ Nie
	-Zgagę?	☐ Tak	☐ Nie
	-Refluks?	☐ Tak	☐ Nie
	-Przepuklinę rozworu przełykowego?	☐ Tak	☐ Nie
	Czy choruje Pani/Pana na marskość/stłuszczenie wątroby	☐ Tak	☐ Nie
Choroby neurologiczne i układu ruchu	Czy choruje Pani/Pana na padaczkę?	☐ Tak	☐ Nie
	Czy stwierdzono u Pani/Pana udar mózgu? Przemijające niedokrwienie mózgu? Kiedy?.....	☐ Tak	☐ Nie
	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
	-miastenię?	☐ Tak	☐ Nie
	-inne choroby neurologiczne? Jakiej?.....		
	Czy stwierdzono u Pani/Pana: -choroby kręgosłupa? Jakiej?.....	☐ Tak	☐ Nie
	-sztywność szyi?	☐ Tak	☐ Nie
Cukrzyca	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 jest Pani/Pan leczona/y psychiatrycznie? Na co?	☐ Tak	☐ Nie

Czy cierpi Pani/Pan na: -choroby tarczycy? Jakieg?.....		☐ Tak	☐ Nie
-choroby nadnerczy? Jakieg?.....		☐ 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
Różne	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? Jakieg?.....	☐ Tak	☐ Nie
	Czy cierpi Pani/Pan na chorobę lokomocyjną?	☐ Tak	☐ Nie
	Czy posiada Pani/Pan ruchome zęby / protezy zębowe / implanty/ koronki?	☐ 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? Jakieg?.....	☐ Tak	☐ Nie	
.....			
.....			
Czy wyraża Pani/Pan zgodę na medycznie uzasadnione przetoczenie krwi lub składników krwiopochodnych?	☐ Tak	☐ 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: