

ANKIETA PRZED ZABIEGIEM W ZNIECZULENIU DOŻYLNYM

.....
imię i nazwisko (proszę wypisać drukowanymi literami)

.....
wiek

.....
waga

.....
wzrost

ODPOWIEDŹ PROSZĘ ZAKREŚLIĆ KÓŁKIEM

1. Czy jest Pan/i uczulony/a na leki? TAK/NIE
Jakie?.....
2. Czy choruje Pan/i na chorobę wieńcową serca? TAK/NIE
Zażywane leki:.....
3. Czy miał/a Pan/i zawał mięśnia sercowego? TAK/NIE
Kiedy?:.....
4. Czy ma Pan/i wady serca? TAK/NIE
Jakie?.....
5. Czy leczy się Pan/i na nadciśnienie tętnicze? TAK/NIE
Zażywane leki:.....
6. Czy wykonywane były u Pana/i zabiegi operacyjne? TAK/NIE
Jakie / kiedy?:.....
7. Czy wykonywane były u Pana/i zabiegi w znieczuleniu dożylnym/ ogólnym? TAK/NIE
Jakie / kiedy?:.....
8. Czy leczy/leczył się był Pan/i onkologicznie? TAK/NIE
Jakie / kiedy?:.....
9. Czy leczy się, choruje Pan/i na astmę, przewlekłe zapalenie oskrzeli? TAK/NIE
Zażywane leki:.....
10. Czy choruje Pan/i na cukrzycę? TAK/NIE
Zażywane leki:.....
11. Czy choruje Pan/i na padaczkę? TAK/NIE
Zażywane leki:.....

12. Czy choruje Pan/i na wirusowe zapalenie wątroby typu B, C lub jest nosicielem wirusa WZW typu B, C (żółtaczka wszczepienna)? TAK/NIE
13. Czy chorował/a Pan/i na żółtaczkę wszczepienną? TAK/NIE
14. Czy był/a Pan/i szczepiony/a przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B? TAK/NIE
15. Czy choruje Pan/i na jaskrę? TAK/NIE
16. Czy bierze Pan/i leki uspokajające, nasenne lub psychotropowe? TAK/NIE
- Jakie ?.....
17. Czy ma Pan/i skłonność do krwawień? TAK/NIE
18. Czy bierze Pan/i leki takie jak: Acard, Polocard, pochodne Kumarolu? TAK/NIE
19. Jakie inne leki Pan/i zażywa:
20. Czy leczy się Pan/i na inne choroby? TAK/NIE
- Jakie ?.....
21. Czy posiada Pan/i stopień niepełnosprawności ? TAK/NIE
- Jaki ?.....
- Symbol przyczyny niepełnosprawności :
22. Czy ma Pan/i trudności ruchowe/ograniczenia ruchowe ?.....TAK/NIE
- Jakie ?.....

Ja, niżej podpisany/a wyrażam świadomą zgodę na wykonanie u mnie znieczulenia dożylnego.

Oświadczam także, że nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych leków, będąc świadomym/ą wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych.

Pacjent stawiający się do badania w znieczuleniu dożylnym ma obowiązek przybycia z osobą towarzyszącą.

Osoba towarzysząca ma obowiązek przebywania na terenie placówki podczas trwania zabiegu jak i po jego zakończeniu.

Pacjent po opuszczeniu pokoju wybudzeń pozostaje pod opieką osoby towarzyszącej.

Pacjentowi stawiającemu się do zabiegu bez osoby towarzyszącej lekarz anesteziolog może odmówić znieczulenia.

Pacjent nie może prowadzić samochodu przez 12 godzin po wykonanym badaniu w znieczuleniu dożylnym.

.....
Data i podpis pacjenta