

ANKIETA PRZED ZABIEGIEM W ZNIECZULENIU DOŻYLNYM

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

.....
wiek

.....
waga

.....
wzrost

WYBRANĄ 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 wszczepiona)? TAK/NIE
13. Czy chorował/a Pan/i na żółtaczkę wszczepioną? 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.....

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/a wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych.

.....
Data i podpis pacjenta