

# PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA - PORADNIA

<b>Nazwisko:</b>		<b>Wiek:</b>	
<b>Imię:</b>		<b>Waga:</b>	<b>Wzrost:</b>
<i>Wypełnia lekarz kierujący do poradni:</i>			
<b>Rozpoznanie</b>			
<b>Rodzaj i zakres zabiegu:</b>			
<i>Wypełnia pacjent/ opiekun prawny:</i>			
<b>Choroby przewlekłe:</b>	<i>Proszę wymienić wszystkie choroby przewlekłe</i>		
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			
<b>Leki przyjmowane:</b>	<i>DRUKOWANYMI LITERAMI - wszystkie leki jakie Pan/Pani zażywa w domu:</i>		
Nazwa leku	Jak przyjmowany ( np. 3 x dziennie 1 tabl)		
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
<b>Przebyte operacje:</b>	<i>Proszę wymienić wszystkie przebyte operacje i znieczulenia</i>		
<p>.....</p> <p>.....</p>			

**Czy obecnie lub w przeszłości leczył/a się Pan/Pani na:**

· Choroby układu krążenia, nadciśnienie, niewydolność krążenia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
• Serce: wadę serca, chorobę wieńcową, zawał serca	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
• Choroby układu oddechowego, gruźlicę, POChP, astmę	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
• Choroby nerek, układu moczowego, niewydolność nerek, kamice, itp.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
• Choroby wątroby, niewydolność, żółtaczkę, kamice pęcherzyka żółciowego, marskość, zapalenie i inne	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
• Choroby układu pokarmowego: żołądek, jelita, chorobę wrzodową, zapalenie, itp.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
• Choroby uzębienia, chwiejące się zęby, zmiany zapalne w jamie ustnej,	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
• Choroby przemiany endokrynologiczne: tarczyca, przysadka mózgowa, nadnercza, itp.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
• Cukrzyca: od kiedy.....	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
• Leki:.....		
• Choroby układu nerwowego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
• Czy jest Pani w ciąży	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
· Czy wystąpiły u Pana / Pani lub u kogoś z Pańskiej rodziny problemy związane ze znieczuleniem ? Jakie ? .....	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
• Proszę podać stosowane używki, nałogi	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
• .....		
• Czy jest Pan /Pani uczulony/ a na leki lub inne substancje .....	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Będąc świadoma/y, iż podanie niepełnych lub nieprawdziwych informacji odnośnie wyżej wskazanych danych może wiązać się z ryzykiem podjęcia niewłaściwego postępowania diagnostycznego i terapeutycznego oraz ujemnymi skutkami dla mojego zdrowia oświadczam, iż są one prawdziwe. Ponadto oświadczam, iż miałam/em możliwość zadawania lekarzowi dodatkowych pytań związanych z planowanym znieczuleniem i zostałam/em wyczerpująco poinformowana/y o sposobie postępowania w trakcie znieczulenia, a także o wystąpieniu ewentualnych powikłań.

.....  
Data

.....  
Podpis

(Wypełnia anestezjolog)

**SKALA MALLAMPATIEGO:**

I	II	III	IV
---	----	-----	----

**Odległość tarczowo – bródkowa:**

Poniżej 6 cm ?

TAK

NIE

**ULBT:** *Dolne siekacze zagryzają czerwień wargowa:*

I – cała

II - częściowo

III - niemożliwe

**Ruchomość szyi:**

Pełna

Ograniczona

Brak

**SKALA NRS [ NUMERYCZNA SKALA OCENY BÓLU ]**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**KWALIFIKACJA ANESTEZJOLOGICZNA**

Badanie układu

krążenia : .....

Badanie układu

oddechowego : .....

Ważne

problemy: .....

UWAGI: .....

**WSTĘPNA KWALIFIKACJA:**

**ZAKWALIFIKOWANY**

**NIEZAKWALIFIKOWANY**

Ostateczną decyzję co do rodzaju znieczulenia podejmie lekarz anestezjolog w trakcie wizyty przedoperacyjnej

**WARUNKI**

**KWALIFIKACJI:** .....

**RYZIKO OKOŁOOPERACYJNE ASA:**

I

II

III

IV

.....  
Data Podpis i pieczęć lekarza poradni anestezyjologicznej

**REKONSULTACJA:**

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
Data Podpis i pieczęć lekarza poradni anestezyjologicznej

Dodatkowe zalecenia, uwagi:

