

ANKIETA ZNIECZULENIE OGÓLNE

Nazwisko Imię Data

Data urodzenia wzrost waga

Adres zamieszkania

.....

Telefon kontaktowy

Prosimy o wypełnienie niniejszej ankiety. Wybraną odpowiedź proszę zaznaczyć. Jeżeli jakieś pytanie sprawi Państwu trudności lub niektóre sformułowania będą niejasne (krępujące), to możecie się skonsultować z lekarzem przed badaniem.

Ankieta przeznaczona jest wyłącznie do celów medycznych.

Planowany zabieg endoskopowy:

Planowany zabieg:

Gastroskopia Kolonoskopia | Inny

PRAWIDŁOWĄ ODPOWIEDŹ NALEŻY ZAZNACZYĆ KRZYŻYKIEM

1. Czy chorował/a Pan/Pani na COVID-19?

tak kiedy? nie

.....

2. Czy miał Pan/Pani kontakt z osobą chorą COVID-19??

tak kiedy? nie

.....

3. Czy jest Pan/Pani zaszczepiony/a przeciw SARS CoV-2?

tak nie

4. Czy przyjmuje Pan/Pani leki:

tak nazwa, dawka, od kiedy? nie

.....

.....

.....

.....

5. Czy był/a Pan/Pani kiedyś operowany/a, kiedy i z jakiego powodu ?

tak proszę wymienić

nie

.....

.....

6. Czy obserwowano podczas znieczulenia szczególne reakcje? Czy występują alergie na środki znieczulające, lekarstwa, jodynę

tak proszę wymienić

nie

.....

.....

7. Choroby serca: czy przebył/a Pan/Pani zawał mięśnia sercowego, zapalenie mięśnia sercowego, czy ma Pan/Pani wadę serca, zaburzenia rytmu, inne? Czy ma Pani/Pan wszczepiony rozrusznik serca lub endoprotezę?

tak proszę wymienić

nie

.....

8. Choroby krążenia: czy choruje Pan/Pani na nadciśnienie tętnicze, choroby naczyń krwionośnych?

tak proszę wymienić

nie

.....

9. Choroby naczyń: czy przebył/a Pan/Pani zapalenie żył powierzchownych, głębokich, czy występują u Pana/i bóle łydek?

tak proszę wymienić

nie

.....

10. Choroby dróg oddechowych: czy choruje Pan/Pani na astmę, przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozedmę płuc, pylicę, zapalenie płuc, gruźlicę?

tak proszę wymienić

nie

.....

11. Choroby wątroby: czy przebył/a Pan/Pani wirusowe zapalenie wątroby, żółtaczkę, czy choruje Pan/Pani na marskość wątroby?

tak proszę wymienić

nie

.....

12. Choroby nerek: czy chorował/a Pan/Pani na kamicyę moczową, zapalenie nerek, zakażenia dróg moczowych?

tak proszę wymienić

nie

.....

13. Choroby endokrynologiczne: czy chorował/a Pan/Pani na choroby przysadki, tarczycy, przytarczyc, nadnerczy, inne?

tak proszę wymienić

nie

14. Choroby przemiany materii: czy choruje Pan/Pani na cukrzycę, dnę, inne?

tak proszę wymienić

nie

15. Choroby oczu: czy choruje Pan/Pani na jaskrę, zaćmę, wadę wzroku?

tak proszę wymienić

nie

16. Choroby neurologiczne: czy choruje Pan/Pani na padaczkę, czy przebył/a Pan/Pani udar mózgowy, czy ma Pan/Pani niedowład, porażenie kończyn dolnych, górnych, połowiczny, miastenie, stwardnienie rozsiane, inne?

tak proszę wymienić

nie

17. Choroby krwi i układu krzepnięcia: czy choruje Pan/Pani na hemofilię, inne schorzenia układu krwiotwórczego i krwionośnego?, czy ma Pan/Pani zwiększoną skłonność do siniaków, krwawień?,

tak proszę wymienić

nie

18. Uczulenia: czy jest Pan/Pani uczulona na leki (proszę podać nazwę leku), artykuły spożywcze, środki dezynfekcyjne, środki kontrastowe, inne?

tak proszę wymienić

nie

19. Czy w Pana/Pani rodzinie ktoś chorował na schorzenia mięśni, gorączkę złośliwą?)

tak proszę wymienić

nie

20. Używków lub leki uspokajające

tak Tytoń

nie

tak Alkohol

nie

tak inne używki

nie

tak leki uspokajające i nasenne: nazwa, dawka, od kiedy?

nie

21. Uzębienie: czy ma Pan/Pani protezy zębowe, chwiejące się zęby?

tak

nie

22. Czy jest Pani w ciąży?

tak

nie

nie dotyczy

22. Czy karmi Pani piersią?

tak

nie

23. Czy chorował/a Pan/Pani na wirusowe zapalenie wątroby (żółtaczka zakaźna typu A, B, C, inne)

tak proszę wymienić:

nie

24. Czy kiedykolwiek stwierdzono markery zapalenia wątroby(np. HBs, HCV ?)

tak proszę wymienić:

nie

25. Czy był/a Pan/Pani szczepiony/a przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby

tak kiedy?

nie

26. Czy stwierdzono u Pana/Pani zakażenie HIV ?

tak

nie

27. Czy kiedykolwiek przeprowadzono u Pana/Pani przetoczenie krwi lub preparatów krwiopochodnych?

tak kiedy?

nie

28. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy był Pan/Pani leczony/a w innym szpitalu?

tak kiedy?

nie

29. Czy w ciągu 6 miesięcy miał/a Pan/Pani wykonywane zabiegi stomatologiczne, akupunktury, kosmetyczne (np. tatuaż, kolczykowanie) lub inne, w czasie których mogło dojść do skaleczenia (np. fryzjerskie)

tak proszę wymienić:

nie

PO ZABIEGU W ZNIECZULENIU OBOWIĄZKOWO NALEŻY WRÓCIĆ DO DOMU Z OSOBĄ ODPOWIEDZIALNĄ I SPRAWNĄ.

W CIAGU 12 GODZIN PO ZNIECZULENIU NIEDOZWOLONE JEST:

- ✓ **Prowadzenie samochodu i innych pojazdów**
- ✓ **Obsługa skomplikowanych urządzeń i maszyn**
- ✓ **Picie alkoholu**
- ✓ **Podejmowanie ważnych decyzji osobistych i służbowych**
- ✓ **Wykonywanie innych czynności wymagających pełnej sprawności psychofizycznej**

Warszawa, _____

Data i godzina

Podpis Lekarza

Podpis Pacjenta

Podpis Pielęgniarki Anestetycznej

Wypełnia Lekarz anestezjolog

Data _____

ANALGOSEDACJA DO ZABIEGU

(nazwa zabiegu)

Godzina

RR

HR

SAT

Przebieg zabiegu:

Pacjent/ka otrzymał/a FNT _____ Propofol _____
Dodatkowo otrzymał/a:

Pacjent/ka opuścił/a gabinet bez objawów resztkowych anestetyków w towarzystwie osoby bliskiej.

(czytelny podpis lub pieczęć lekarza)