MEDISPACE
Przestrzeń Twojego Zdrowia

Ankieta anestezjologiczna

Prosimy o wypełnienie niniejszej ankiety. Wybraną odpowiedź proszę zaznaczyć. Jeżeli jakieś pytanie sprawi Państwu trudności lub niektóre sformułowania będą niejasne proszę skonsultować z lekarzem anestezjologiem przed badaniem.

Imię i nazwisko	Płeć ☐ K ☐ M
PESEL	Data urodzenia

WYPEŁNIA PACJENT (należy zaznaczyć TAK lub NIE)			**KOMENTARZ ANESTEZJOLOGA**
WYWIAD CHOROBOWY	**TAK**	**NIE**	
Nadciśnienie tętnicze			
Niewydolność krążenia			Tolerancja umiarkowanego wysiłku fizycznego?
Wada serca			
Choroba wieńcowa			Bóle spoczynkowe?
Przebyty zawał serca			Stentowanie, by-passy?
Zaburzenia rytmu serca			
Żylaki lub zapalenie żył kończyn dolnych			
Astma oskrzelowa			
Przewlekła obturacyjna choroba płuc			
Czynna infekcja dróg oddechowych			
Przebyta gruźlica lub częste zapalenia płuc			
Duszność			W spoczynku?
Padaczka, drgawki			
Przebyty udar mózgu			
Niedowłady, porażenia			
Choroby wątroby			
Choroby tarczycy			
Choroby nerek			
Cukrzyca			
Jaskra			
Dna moczanowa			
Porfiria			
Skłonność do krwawień / siniaków			
Choroby mięśni			
Schorzenia kręgosłupa			
Częste spożywanie alkoholu			
Palenie papierosów			

WYPEŁNIA PACJENT (należy zaznaczyć TAK lub NIE)		
Uczulenia na leki oraz inne alergie	**TAK**	**NIE**
Jeśli TAK to na jakie leki lub co wywołuje alergię? Proszę również wpisać, czym objawia się uczulenie (np. wysypka, obrzęk, zapaść, katar itp.)		
Czy choruje Pan(i) na inne poważne choroby niewymienione wcześniej?	**TAK**	**NIE**
Jeśli TAK, proszę opisać poniżej te schorzenia oraz dodać informacje, które uważa Pan(i) za istotne		
Przebyte zabiegi operacyjne, badania w znieczuleniu	**TAK**	**NIE**
Jeśli TAK to jakie? Prosze też podać ew. komplikacje przy znieczuleniu jeśli wystapiły.		
Czy przyjmuje Pan(i) leki na stałe?	**TAK**	**NIE**
Jeśli TAK, proszę wymienić jakie i podać dawkowanie:		
Pytanie do kobiet - **Czy jest Pani w ciąży?**	**TAK**	**NIE**

Oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe.

Data:	Czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego:

WYPEŁNIA LEKARZ ANESTEZJOLOG

(dotyczy analgosedacji do badań i zabiegów w pracowni endoskopii)

Rodzaj znieczulenia: ogólne i.v.
Data znieczulenia:

Przebieg znieczulenia bez powikłań?	**TAK**	**NIE**	**Uwagi:**

Godzina:	**NIBP (mmHg)**	**HR (/min)**	**spO2 (%)**

Podane leki:

-
-
-
-
-

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

czytelny podpis lub pieczątka pielęgniarki	czytelny podpis lub pieczątka lekarza