

# ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

(proszę **podkreślić** właściwą odpowiedź)

1. Czy przyjmuje Pan/i obecnie lub wcześniej jakieś leki ..... tak nie  
Jeżeli tak, to jakie .....

2. Czy był/a Pan/i operowany/a?: ..... tak nie  
Jeżeli tak, to kiedy i dlaczego? .....

3. Czy w czasie znieczulenia wystąpiły jakieś powikłania ..... tak nie  
Jeżeli tak to jakie? (podkreślić) wymioty, trudna intubacja, bóle głowy, bóle mięśni

4. Czy choruje Pan/i na choroby? (prawidłowe podkreślić)

**Serca** –zawał, zapalenie, choroba wieńcowa - niedokrwienie, wada zastawki,

**Układu krążenia** - nadciśnienie, omdlenia, duszność, przewlekłe zmęczenie.

**Naczyń** - żylaki, bóle łydek przy chodzeniu, złe ukrwienie kończyn, zapalenie żył

**Płuc** - gruźlica, zapalenie płuc, rozedma, pylica, kaszel, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli,

**Żołądka** - wrzody, zapalenie.

**Wątroby** - żółtaczka, zastój, stłuszczenie wątroby.

**Układu moczowego** - zapalenie, kamica, trudności w oddawaniu moczu,

konieczność nocnego oddawania moczu, niewydolność nerek – dializy,

**Przemiany materii** - cukrzyca, dna moczanowa,

**Tarczycy** - powiększenie gruczołu, nadczynność, niedoczynność,

**Oczu** -jaskra, szkła kontaktowe,

**Nerwów** - porażenia, drgawki padaczkowe, udar, stwardnienie rozsiane,

**Narządu ruchu** -miastenia, zmiany kręgosłupa i stawów,

**Krwi i układu krzepnięcia** -słaba krzepliwość i skłonność do siniaków przy małych urazach.

**Uczulenia** - ..... tak nie

Jeżeli tak, to jakie? katar sienny, wysypka, uczulenia na plaster, jodynę, .....

**Choroba lokomocyjna** - ..... tak nie

Objawy: nudności, wymioty w czasie jazdy samochodem, statkiem

**Inne schorzenia nie wymienione powyżej** ..... tak nie

Jeżeli tak, to jakie? .....

5. Czy nosi Pan/i protezy zębowe, mostki, stałe aparaty ortodontyczne?..... tak nie

6. Czy jest Pani w ciąży?.....tak nie

7. Czy pali Pan/i papierosy?..... tak nie

Jeżeli tak, to ile dziennie? .....

8. Czy pije Pan/i alkohol? ..... tak nie

Jeżeli tak , to jak często ? (podkreślić) rzadko, regularnie, regularnie dużo,

9. Czy zażywa Pan/i środki uspokajające lub nasenne? ..... tak nie

Jeżeli tak, to jakie? .....

Imię i nazwisko pacjenta: \_\_\_\_\_

Masa ciała \_\_\_\_\_ wzrost \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_ czytelny podpis \_\_\_\_\_