



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
OPOLSKIE CENTRUM ONKOLOGII^A
im. prof. Tadeusza Koszarowskiego w Opolu



ul. Katowicka 66A
45-061 Opole
NIP 754-25-57-814
REGON 531420768

Ankieta anestezyjologiczna

tel. 77 441 60 01
fax. 77 441 60 03
sekretariat@onkologia.opole.pl
www.onkologia.opole.pl

Imię i nazwisko :

data :

wiek :

waga :

wzrost :

1. Czy leczy się Pan(i) ostatnio? Jeśli tak, to na jakie schorzenie?	TAK	NIE	NIE WIEM
2. Jakie leki obecnie Pan(i) przyjmuje ?	TAK	NIE	NIE WIEM
3. Czy był(a) Pan(i) już operowany(a)?	TAK	NIE	NIE WIEM
4. Czy dobrze zniósł Pan(i) znieczulenie?	TAK	NIE	NIE WIEM
5. Czy miał(a) Pan(i) przetaczaną krew? a) kiedy?	TAK	NIE	NIE WIEM
b) Jeśli tak, to czy dobrze zniósł(a) Pan(i) przetoczenie?	TAK	NIE	
6. Choroby serca (ból w klatce piersiowej ,zawał: w którym roku? zapalenie, choroba niedokrwienna, wada, zaburzenia rytmu)	TAK	NIE	NIE WIEM
7. Choroby krążenia (ciśnienie krwi wysokie, niskie, omdlenie, zmęczenie , duszności) a) Czy jest Pan(i) w stanie wejść na I piętro bez odpoczynku?	TAK	NIE	NIE WIEM
8. Choroby naczyń (żyłaki, bóle łydek przy chodzeniu, złe ukrwienie kończyn, zapalenie żył)	TAK	NIE	NIE WIEM
9. Choroby płuc i dróg oddechowych (gruźlica, zapalenie płuc, rozedma, astma ,przewlekłe zapalenie oskrzeli)	TAK	NIE	NIE WIEM
10. Choroby żołądka (zapalenie, choroba wrzodowa)	TAK	NIE	NIE WIEM
11. Choroby wątroby (żółtaczka, zastój, stłuszczenie wątroby, kamienie żółciowe)	TAK	NIE	NIE WIEM
12. Choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamienie nerkowe, trudności w oddawaniu moczu)	TAK	NIE	NIE WIEM
13. Choroby przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa)	TAK	NIE	NIE WIEM
14. Choroby tarczycy (wole obojętne, nadczynność, niedoczynność)	TAK	NIE	NIE WIEM
15. Choroby oczu (np. jaskra)	TAK	NIE	NIE WIEM

16. Choroby nerwów (porażenia, drgawki, udar)	TAK	NIE	NIE WIEM
17. Zmiany nastroju (np. depresja, nerwica)	TAK	NIE	NIE WIEM
18. Choroby układu szkieletowego (np. bóle korzeniowe, zmiany kręgosłupa, stawów, osłabienie mięśni)	TAK	NIE	NIE WIEM
19. Choroby krwi i układu krzepnięcia (np. skłonność do krwawień lub siniaków)	TAK	NIE	NIE WIEM
20. Uczulenia (na leki –jakie : katar sienny, wysypka, uczulenia na pokarmy, plaster, jodyn	TAK	NIE	NIE WIEM
21. Inne schorzenia, nie wymienione powyżej jakie?			
22. Czy jest Pani w ciąży?	TAK	NIE	NIE WIEM
23. Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę?			
24. Czy nosi Pan(i) protezy zębowe lub szkła kontaktowe? (przed operacją ruchome elementy należy wyciągnąć!)	TAK	NIE	
25. Czy Pan(i) pali papierosy?	TAK	NIE	
26. Czy pije Pan(i) alkohol? nie rzadko niewiele regularnie regularnie dużo			
27. Czy zażywa Pan(i) środki uspokajające lub nasenne? a) Jeśli tak to jakie ?	TAK	NIE	

BADANIE ANESTEZJOLOGICZNE

RR / TĘTNO/min ASA I /II /III /IV

Badanie fizykalne/uwagi:
.....

ZGODA NA ZNIECZULENIE

Informacje przekazane mi przez lekarza anestezjologa na temat znieczulenia do zabiegu operacyjnego, związanego z nim ryzyka oraz postępowania przed i po operacyjnego są dla mnie zrozumiałe.

Niniejszym wyrażam zgodę na znieczulenie : miejscowe, ogólne, regionalne

Wyrażam zgodę na towarzyszące temu konieczne postępowanie (infuzje płynów, transfuzje krwi, leczenie krążeniowe, oddechowe) w trakcie i po zabiegu.
Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego (w tym zmianę rodzaju znieczulenia).

podpis lekarza

podpis pacjenta