

Ankieta informacyjna i zgoda na znieczulenie

Część A – wypełnia pacjent

/Przy pytaniach TAK-NIE właściwą odpowiedź wziąć w kółeczko, w razie wątpliwości prosimy pozostawić i uzupełnić w obecności anestezjologa w dniu badania/

Wiek: Waga: Wzrost:

Czy znajduje się Pan(i) na stałe pod opieką lekarza? TAK NIE

Z powodu jakich schorzeń ?

Czy aktualnie przyjmuje Pan(i) leki? TAK NIE

Jakie i w jakich dawkach ?

Czy był(a) Pan(i) poddawany(a) zabiegowi w znieczuleniu:

Ogólnym: Przewodowym:

Rodzaj zabiegu: Rok m-c

Czy Pan(i) choruje lub chorował(a) na którąś z wymienionych chorób ?

Wrodzona wada serca	TAK	NIE	Cukrzyca	TAK	NIE
Choroba wieńcowa	TAK	NIE	Choroby wątroby	TAK	NIE
Niewydolność krążenia	TAK	NIE	Padaczka	TAK	NIE
Zaburzenia rytmu serca	TAK	NIE	Schorzenia okulistyczne	TAK	NIE
Inne choroby serca	TAK	NIE	Ch. Zwrodnieniowa kręgosłupa	TAK	NIE
Nadciśnienie tętnicze	TAK	NIE	Ch. Układu kostno-stawowego	TAK	NIE
Stany zakrzepowe	TAK	NIE	Ch. Krwi zaburzenia krzepnięcia	TAK	NIE
Choroby płuc	TAK	NIE	Ch. Układu mięśniowego	TAK	NIE
Choroby nerek	TAK	NIE	Inne schorzenia	TAK	NIE

Czy uległ(a) Pan(i) w przeszłości jakiemuś wypadkowi (jakemu, kiedy)?.....

Czy jest Pan(i) uczulony(a) na środki farmakologiczne (jakie) lub inne substancje (jakie)?

Czy posiada Pan(i) protezy stomatologiczne (jakie)?.....

Czy pali Pan(i) papierosy? TAK NIE Ile sztuk dziennie?

Czy jest Pani w ciąży TAK NIE

Czy pije Pan(i) alkohol? TAK NIE Ilość tygodniowo

Informujemy o zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych przez 24 godziny po znieczuleniu.

Wyrażam zgodę na znieczulenie:

Radom, dnia..... Podpis

/data zabiegu/

Część B – wypełnia anestezjolog

1. Rozpoznanie wstępne:

2. Rodzaj zabiegu operacyjnego:

3. Odchylenie od normy:

a) budowa ciała

b) układ oddechowy

c) układ krążenia

d) układ moczowo – płciowy

4. Grupa krwi:

5. Ciśnienie tętnicze: Tętno:

6. Ryzyko znieczulenie:

wg ASA:

I

II

III

IV

7. Premedykacja:

Doustna

Domięśniowa

Dożylna

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

Data: Godzina:

8. Dodatkowe zalecenia:

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

9. Konsultacje:

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

.....
/Podpis i pieczętka anestezjologa/

Potwierdzenie wykonania zlecenia:

Data: Godzina: Podpis: