

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Szanowni Państwo,

Przed konsultacją anestezjologiczną prosimy o wypełnienie ankiety

Informacje uzyskane dzięki odpowiedziom na poniższe pytania pozwolą lekarzowi anestezjologowi wybrać najbardziej odpowiedni sposób znieczulenia i zwiększą Państwa bezpieczeństwo przed, w trakcie i po zabiegu. Koniecznie prosimy mieć przy sobie całą dotychczasową dokumentację medyczną /karty wypisowe ze szpitali, konsultacje itp.

W trakcie konsultacji lekarz zada Państwu jeszcze dodatkowe pytania i wyjaśni wątpliwości.

I. **Data**.....

Imię..... **Nazwisko**.....

Data urodzenia..... **Wzrost** cm **Waga** kg

II. **Czy stwierdzono lub wystąpiły kiedykolwiek u Pani/Pana:** (* *Zaznaczyć właściwe*)

Choroby krążenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Choroby neurologiczne/ psychiczne	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
choroba wieńcowa	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	utrata przytomności	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
zawał serca	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	drgawki	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
wada serca	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	padaczka	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
zaburzenia rytmu serca	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	udar mózgu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
niewydolność krążenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	operacja/urazy kręgosłupa	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
nadciśnienie tętnicze	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	urazy głowy	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
bóle w klatce piersiowej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	bóle głowy	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
obrzęki nóg	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	depresja	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
żylaki kończyn	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	schizofrenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
zapalenie/ zakrzepica żył	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
zapalenie m. sercowego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		

Choroby płuc	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Choroby przewodu pokarmowego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
choroba obturacyjna (POCHP)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	choroba wrzodowa	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
astma	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	przepuklina rozworu przełykowego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
duszność	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	żółtaczką zakaźną	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
kaszel	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	marskość wątroby	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
nowotwór płuca	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
gruźlica	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
zapalenie płuc	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Choroby tarczycy	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Niewydolność nerek	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Cukrzyca	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Zaburzenia krzepnięcia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Choroby nadnerczy	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Choroby dziedziczne	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Choroby mięśni	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Hypertermia złośliwa	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Uczulenia na leki	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Uczulenia na inne substancje	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Jaskra TAK NIE

Urazy NIE TAK, jakie?....., kiedy ?.....

Stan uzębienia: niewyleczona próchnica paradontoza chwiejące się zęby

Na które piętro może Pani/Pan wejść bez odpoczynku?

Jakie najwyższe ciśnienie miała Pani/Pan kiedykolwiek?

Jakie ciśnienie tętnicze ma Pani/Pan obecnie?

Czy pali Pan/Pani papierosy NIE TAK, ile papierosów Pani/Pan pali?.....

Czy spożywa Pan/Pani alkohol NIE TAK, ile alkoholu spożywa Pani/Pan tygodniowo?.....

Czy jest Pani w ciąży? TAK NIE

III. Czy przyjmuje Pan/Pani leki (jakie, w jakich dawkach?)

IV. Czy był Pan/Pani kiedykolwiek operowany - jeśli tak, proszę podać rok i rodzaj operacji.

Problemy w trakcie poprzednich znieczuleń/operacji NIE TAK, jakie?.....

Problemy w trakcie znieczuleń u najbliższej rodziny NIE TAK, jakie?.....

V. Inne problemy zdrowotne (opis)

VI. Czy miała Pan/Pani kiedykolwiek transfuzję krwi lub preparatów krwiopochodnych (osocze, płytki krwi, czynniki krzepnięcia)? NIE TAK

Czy wystąpiły U Pana /Pani powikłania NIE TAK, jakie?.....

VIII. Mam świadomość, że zatajenie informacji może stanowić zagrożenie życia i zdrowia.

Data

Czytelny podpis pacjenta

.....

.....

Data

Pieczętka i podpis lekarza przyjmującego dokument

.....

.....

KARTA BADANIA PRZEDOPERACYJNEGO

(wypełnia lekarz anestezjolog)

Badania dodatkowe:

Grupa krwi:

Rh

PRAWIDŁOWE

NIEPRAWIDŁOWE

Morfologia

Elektrolity

Glukoza

Ekg

Rtg klatki piersiowej

Koagulologia

Mocz

inne

Konsultacje specjalistyczne

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Aktualne dolegliwości

.....

.....

Badanie przedmiotowe:

PRAWIDŁOWE

NIEPRAWIDŁOWE

układ krążenia

układ oddychania

układ nerwowy

.....

.....

.....

.....

.....

CTK

--	--	--

/

--	--	--

Tętno

--	--	--

Temp. ciała

--	--	--

KWALIFIKACJA DO ZNIECZULENIA

* ASA.....

** RCI wg LEE

.....

PREMEDYKACJA:

Inne zlecenia przedoperacyjne:

.....
Data badania

.....
Pieczęćka i podpis lekarza anestezjologa

*** Klasyfikacja pacjenta w skali ASA (American Society of Anesthesiologists)**

ASA I związana ze śmiertelnością okołooperacyjną 0,1%

ASA II związana ze śmiertelnością okołooperacyjną 0,2%

ASA III związana ze śmiertelnością okołooperacyjną 1,8%

ASA IV związana ze śmiertelnością okołooperacyjną 7,8%

ASA V pacjent w stanie agonalnym

****Klasyfikacja pacjenta w skali LEE (Revised Cardiac Risk Index wg. LEE)**

Klasa ryzyka wystąpienia poważnego zdarzenia sercowego

Klasa 1. 0,4%

Klasa 2. 0,9%

Klasa 3. 6,6%

Klasa 4. 11%