KARTA PRZEDOPERACYJNA OCENY ANESTEZJOLOGICZNEJ PACJENTA

Numer ks. gł:	Nazwisko i imię:			PESEL:
Grupa krwi Rh ( )	Waga:	Wzrost:	Anestezjolog:	Pielęg. anest:
Rozpoznanie:			Planowany zabieg:	

	TAK		NIE
1 Czy był(a) Pan(i) operowany(a)?			
2 Czy dobrze zniósł Pan(i) znieczulenie?			
3 Czy u kogoś z Pana(i) rodziny wystąpiły powikłania po znieczuleniu?			
4 Czy miał Pan(i) transfuzję krwi? Jeśli tak, czy wystąpiły powikłania po transfuzji?.....			
5 Czy jest Pan(i) uczulony na leki, plaster, środki odkażające, /inne/?			
6 Czy miewa Pan(i) chwilowe zamroczenia lub łatwo mdleje?			
7 Czy choruje Pan(i) na chorobę krwi?			
8 Czy ma Pan(i) tendencje do krwawienia lub łatwego powstawania siniaków?			
9 Czy zażywa Pan(i) leki obniżające krzepliwość krwi? Jeśli tak, podać nazwę/dawkę.....			
10 Czy cierpi Pan(i) na chorobę mięśni? Jeśli tak, podać na jaką.....			
11 Czy był Pan(i) szczepiony przeciw WZW typu B?			
12 Czy cierpi Pan(i) na chorobę wieńcową, nadciśnienie tętnicze, wadę serca, arytmię?			
13 Czy przebył(a) Pan(i) zawał serca, zapalenie mięśnia sercowego?			
14 Czy choruje Pan(i) na astmę oskrzelową, POCHP lub inne choroby układu oddechowego?			
15 Czy cierpi Pan(i) na choroby żołądka i dwunastnicy? Jeśli tak, podać na jaką.....			
16 Czy cierpi Pan(i) na chorobę neurologiczną, padaczkę, przebył udar mózgu?			
17 Czy cierpi Pan(i) na chorobę nerek? Jeśli tak, podać na jaką.....			
18 Czy cierpi Pan(i) na choroby oczu: jaskra, dużego stopnia wada, odklejanie siatkówki?			
19 Cze choruje Pan(i) na cukrzycę? Jeśli tak, podać jakiego typu.....			
20 Czy cierpi Pan(i) na chorobę wątroby? Jeśli tak podać na jaką.....			
21 Czy cierpi Pan(i) na choroby tarczycy, wole obojętne, niedoczynność, nadczynność?			
22 Czy ma Pan(i) koronki na zębach, chwiejące się zęby, protezy lub soczewki kontaktowe?			
23 Czy przyjmuje Pan(i) leki nasenne lub uspokajające? Jeśli tak, podać jak często.....			
24 Czy jest Pani w ciąży?			
25 Czy pali Pan(i) papierosy?			
26 Czy nadużywa Pan(i) alkoholu /inne/?			
27 Jeśli przyjmuje Pan(i) jakiekolwiek leki, proszę podać nazwę leku/dawkę			

	TAK		NIE
Pacjent kwalifikuje się do zabiegu w trybie jedniodniowym			

Ewentualne uwagi lekarza anestezjologa:.....

.....

....

data podpis lekarza anestezjologa

OŚWIADCZENIE PACJENTA*

Na powyższe pytania odpowiedziałem(am) zgodnie z prawdą. Dr .....przeprowadził(a) ze mną dzisiaj rozmowę wyjaśniającą zagadnienia związane ze zbnieczuleniem do operacji. W czasie rozmowy miałem(am) możliwość zadawania pytań dotyczących rodzajów zmieczuleń, ryzyka postępowania przed i pooperacyjnego. Nie mam więcej pytań. Prawidłowość danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....

podpis pacjenta

*Po zabiegu przeprowadzonym w znieczuleniu ogólnym nie powinno się prowadzić pojazdów mechanicznych