



GRUPA AVIMED

## NZOZ SZPITAL „AVIMED” Sp. z o. o.

40-857 Katowice, ul. Gliwicka 159 , tel.: 32/ 254-41-40, fax.:32/209 47 22, 519 147 003,

### KWESTIONARIUSZ ANESTEZJOLOGICZNY

Prosimy o dokładne zapoznanie się z kwestionariuszem i dokładne wypełnienie oraz odpowiedz na postawione pytania. Pozwoli to na bezpieczne przeprowadzenie znieczulenia w czasie zabiegu.

Data.....

Imię..... Nazwisko.....

Wiek..... Waga.....kg Wzrost.....cm Ciśnienie krwi ...../..... mmHg  
(zgłoś się do pielęgniarki celem wykonania badania ciśnienia krwi)

Znane alergie (uczulenia) na leki i inne substancje:

.....  
.....

Obecnie zażywane leki (regularnie i doraźnie) i ich dawki:

.....  
.....

Przebyte zabiegi operacyjne(rodzaj i rok w którym został przeprowadzony):

.....  
.....

Przebyte hospitalizacje (przyczyna i rok, w którym się odbyła):

.....  
.....

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania, zakreślając właściwą odpowiedź:

- |     |     |   |
|-----|-----|---|
| Tak | Nie | Czy jesteś/byłeś/aś ostatnio przeziębiony/a   |
| Tak | Nie | Czy masz alergię na gumę/lateks   |
| Tak | Nie | Czy masz alergię na środki odkażające np. jodynę  |
| Tak | Nie | Czy miałeś kiedyś bóle w klatce piersiowej  |
| Tak | Nie | Czy miałeś kiedyś problemy z sercem (jeśli tak proszę dołączyć dokumentację kardiologiczną) |
| Tak | Nie | Czy masz rozrusznik mięśnia sercowego   |
| Tak | Nie | Czy masz wysokie ciśnienie krwi   |
| Tak | Nie | Czy miewasz duszności   |
| Tak | Nie | Czy chorujesz na astmę, przewlekłe zapalenie oskrzeli lub inne problemy oddechowe           |
| Tak | Nie | Czy byłeś/aś poddany kiedykolwiek chemioterapii   |
| Tak | Nie | Czy palisz papierosy (jeśli tak, to ile w ciągu dnia) ...../dzień                           |
| Tak | Nie | Czy pijesz alkohol(jeśli tak to ile w ciągu tygodnia) ...../tydzień                         |
| Tak | Nie | Czy zażywasz leki uspokajające lub narkotyczne  |
| Tak | Nie | Czy używasz leków ziołowych (jeśli tak to jakich).....                                      |
| Tak | Nie | Czy używałeś/aś leków sterydowych w ciągu ostatnich 6 miesięcy                              |
| Tak | Nie | Czy chorujesz na cukrzycę   |
| Tak | Nie | Czy miałeś kiedyś problemy z wątrobą (zapalenie wątroby, żółtaczkę)                         |
| Tak | Nie | Czy masz problemy z nerkami   |
| Tak | Nie | Czy masz problemy z tarczycą  |
| Tak | Nie | Czy masz chorobę wrzodową żołądka lub dwunastnicy   |
| Tak | Nie | Czy masz przepuklinę  |

- Tak Nie Czy masz dolegliwości bólowe kręgosłupa(jeśli tak to jakiego odcinka).....
- Tak Nie Czy miewasz drętwienia kończyn
- Tak Nie Czy masz jakąś chorobę mięśni lub nerwów obwodowych
- Tak Nie Czy masz napady drgawek lub padaczkę
- Tak Nie Czy masz problemy z układem krzepnięcia
- Tak Nie Czy ktoś z Twoich bliskich miał problemy w czasie znieczulenia
- Tak Nie Czy masz obecnie niewyleczoną infekcję
- Tak Nie Czy masz sztuczną szczękę, ruchomy mostek itp.
- Tak Nie Czy masz kolczyki w obrębie jamy ustnej lub nosa
- Tak Nie Czy nosisz soczewki kontaktowe
- Tak Nie Czy miałeś kiedykolwiek przetaczaną krew
- Tak Nie Czy jesteś w ciąży

W przypadku odpowiedzi TAK na któreś z powyższych pytań proszę o opisanie szczegółów poniżej:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zapewniam, że powyższe odpowiedzi są zgodne z moją wiedzą na temat własnego stanu zdrowia, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Podpis pacjenta.....

Podpis prawnego opiekuna(dotyczy pacjentów niepełnoletnich).....

Przygotowanie do zabiegu:

Do szpitala należy zgłosić się o wyznaczonej godzinie, naczczo (ostatni posiłek przed zabiegiem należy spożyć wieczorem w dniu poprzedzającym zabieg) Pacjenci chorzy na cukrzycę insulinozależną powinni otrzymać swoją normalną wieczorną dawkę insuliny. Dawka poranna i sposób postępowania w takim przypadku będzie indywidualnie omówiona z Anestezjologiem. Osoby przyjmujące doustne leki przeciwcukrzycowe zażywają dawkę wieczorną w dniu poprzedzającym zabieg, dawka poranna zostaje pominięta.

Do szpitala należy zabrać piżamę, środki higieny osobistej, regularnie zażywane leki, dostępną dokumentację leczenia (wypisy pobytów szpitalnych, badań laboratoryjnych i diagnostycznych, klisze RTG lub nagrania badań radiologicznych)

Przewidywany termin zabiegu operacyjnego:

Data.....

Rodzaj zabiegu:.....

Przyjmuję powyższy termin zabiegu jako mi odpowiadający, o wszelkich zmianach mogących mieć wpływ na planowany zabieg oraz termin jego wykonania zobowiązuje się powiadomić co najmniej z tygodniowym wyprzedzeniem.

Podpis pacjenta.....

Podpis prawnego opiekuna(dotyczy pacjentów niepełnoletnich).....

Kontakt telefoniczny z sekretariatem recepcji .....

Kontakt telefoniczny z Anestezjologiem .....