



ANKIETA - OCENA STANU ZDROWIA (proszę wypełnić)

Załącznik nr 3

| | | |
|--|-------------------|---------------|
| Imię | Nazwisko | |
| PESEL | Masa ciała | Wzrost |
| Przyjmowane leki/suplementy diety/ zioła: | | |
| Przebyte w całym życiu operacje (jakie, kiedy): | | |
| Czy wystąpiły u Pani/Pana powikłania związane ze znieczuleniem? (także w rodzinie) | Tak | Nie |
| Uczulenia (leki lub inne) ? | Tak | Nie |
| Ruchome zęby/ protezy zębowe? | Tak | Nie |
| Papierosy? Jak długo? Ile? | Tak | Nie |
| Alkohol? Narkotyki? | Tak | Nie |
| Astma, POCHP, Gruźlica, inna choroba płuc? | Tak | Nie |
| Bezdech senny/ chrapanie? | Tak | Nie |
| Infekcja w drogach oddechowych w ciągu ostatnich 3 tygodni (przeziębienie, angina, zapalenie oskrzeli, płuc)? | Tak | Nie |
| Nadciśnienie tętnicze? | Tak | Nie |
| Choroba niedokrwienna serca? Przebyty zawał serca? kiedy? - koronarografia (stenty) kiedy? - próba wysiłkowa kiedy? | Tak | Nie |
| Czy obecnie występują bóle w klatce piersiowej? | Tak | Nie |
| Duszność? | Tak | Nie |
| Na które piętro Pani/Pan wejdzie bez wysiłku i duszności? | | |
| Wady serca? | Tak | Nie |
| Kołatanie serca? Migotanie przedsionków? Inne zaburzenia rytmu? | Tak | Nie |
| Wszczepiony stymulator/ defibrylator? | Tak | Nie |
| Choroba wrzodowa żołądka/ dwunastnicy? Zgaga? | Tak | Nie |



ANKIETA - OCENA STANU ZDROWIA (proszę wypełnić)

Załącznik nr 3

| | | |
|---|-----|-----|
| Bóle brzucha? Żółtaczką? | Tak | Nie |
| Biegunki/wymioty w ciągu ostatnich 3 tygodni? | Tak | Nie |
| Padaczka? | Tak | Nie |
| Udar mózgu? - kiedy?..... | Tak | Nie |
| Niedowład kończyn górnych lub dolnych? | Tak | Nie |
| Choroby kręgosłupa? | Tak | Nie |
| Toczeń? Reumatyzm? | Tak | Nie |
| Depresja/ nerwica? Inne zaburzenia? | Tak | Nie |
| Cukrzyca? insulina? / leki doustne? -poziomy cukrów w pomiarach domowych na czczo/ po posiłku | Tak | Nie |
| Choroby tarczycy, nadnerczy? | Tak | Nie |
| Choroby układu moczowego/nerek? Zakażenia ? Dializoterapia? | Tak | Nie |
| Skłonność do krwawień/ siniaków? Anemia? Niedokrwistość? | Tak | Nie |
| Choroby zakaźne? Wirusowe zapalenie wątroby? HIV ? | Tak | Nie |
| Choroby nowotworowe? – jakie -chemioterapia- kiedy? -radioterapia- kiedy? | Tak | Nie |
| Zaburzenia widzenia? Jaskra? | Tak | Nie |
| Czy kiedykolwiek miała Pani/Pan transfuzję krwi? preparatów? - czy były powikłania?..... | Tak | Nie |
| Pytania do lekarza | | |

Oświadczam, że odpowiedziałam/em prawdziwie na zadawane mi w ankiecie pytania i nie zataiłam/em żadnej informacji o stanie mojego zdrowia.

Data:

Czytelny podpis pacjenta:

BARDZO WAŻNE!!!!

proszę dostarczyć na wizytę do Poradni Anestezjologicznej wypełnioną ankietę i zaświadczenie od lekarza prowadzącego lub lekarza specjalisty o stanie zdrowia , w przypadku występowania chorób wymienionych w ankiecie oraz jeśli posiadają Państwo wypisy ze szpitala, dodatkowe badania np. ECHO serca, koronarografię, próbę wysiłkową, Holtera, hormony tarczycy, spirometrię i inne