



KWESTIONARIUSZ - KWALIFIKACJA DO ZNIECZULENIA

Szanowni Państwo!

Od starannego, pełnego i zgodnego z prawdą wypełnienia kwestionariusza zależy Pani/Pana bezpieczeństwo. Na jego podstawie, po rozmowie i badaniu fizykalnym, lekarz anestezjolog dokona oceny i kwalifikacji do optymalnego rodzaju znieczulenia.

Po przeanalizowaniu kwestionariusza anestezjolog spotka się z Państwem w celu przedstawienia postępowania okołoperacyjnego, szacowanego ryzyka oraz uzyskania Państwa świadomej zgody na znieczulenie. W żadnym wypadku nie wolno podpisywać zgody pod nieobecność anestezjologa oraz przed uzyskaniem odpowiedzi na wszelkie nurtujące Panią/Pana wątpliwości.

Proszę zabrać ze sobą karty informacyjne z wszystkich poprzednich pobytów w szpitalu.

JEŻELI LECZYSZ Z SIĘ PRZEWLEKLE GŁÓWNIEM W POZ NP. NA NADCIŚNIENIE, CUKRZYCĘ ITP. TO PROSIMY O DOSTARCZENIE KRÓTKIEJ INFORMACJI O STANIE ZDROWIA OD LEK. RODZINNEGO I AKTUALNYM LECZENIU.

Poniższe pytania dotyczą twego stanu wiedzy na temat swojego zdrowia. Jeśli masz wątpliwości podkreśl dany punkt i zapytaj anestezjologa. Jeśli odpowiesz na któreś pytanie Tak – dodatkowe informacje na temat choroby możesz umieścić pod ankietą w punkcie: „Inne uwagi dotyczące stanu zdrowia”(przykładowo_Padaczka:[X]TAK – „od 10 lat, leczę się u neurologa, mam napady raz w miesiącu”)

Imię i Nazwisko: **Pesel**

Waga (kg)

Wzrost (cm):

- | | |
|---|--|
| Czy jesteś w stanie bez odpoczynku wejść na pierwsze piętro | []TAK []NIE |
| Czy jesteś w stanie bez odpoczynku przejść 100m po płaskim | []TAK []NIE |
| Choroba niedokrwienności serca: []TAK []NIE | Porażenia niedowładą: []TAK []NIE |
| Zawał serca: []TAK []NIE | Bóle kręgosłupa: []TAK []NIE |
| Kiedy ? ile razy? | Leczę się u psychiatry: []TAK []NIE |
| Nadciśnienie tętnicze: []TAK []NIE | Choroba wrzodowa: []TAK []NIE |
| Wada serca: []TAK []NIE | Cukrzyca: []TAK []NIE |
| Operacje serca: []TAK []NIE | Choroba tarczycy: []TAK []NIE |
| Zaburzenia rytmu serca: []TAK []NIE | Skłonność do krwawień: []TAK []NIE |
| Rozrusznik: []TAK []NIE | Anemia: []TAK []NIE |
| Duszność: []TAK []NIE | Przetoczenia krwi: []TAK []NIE |
| Niewydolność krążenia: []TAK []NIE | Reumatyzm: []TAK []NIE |
| Astma: []TAK []NIE | Choroby nerek: []TAK []NIE |
| Zapalenie oskrzeli(kiedy): []TAK []NIE | Dializy: []TAK []NIE |
| Zapalenia płuc (kiedy): []TAK []NIE | Marskość wątroby: []TAK []NIE |
| Nawracające omdlenia: []TAK []NIE | Zapalenie wątroby: []TAK []NIE |
| Padaczka []TAK []NIE | Inne choroby wątroby []TAK []NIE |
| ostatni napad, data | AIDS, nosiciel HIV: []TAK []NIE |
| | Gruźlica: []TAK []NIE |
| Udar mózgu []TAK []NIE | [] W przeszłości [] w trakcie leczenia |
| Ile i kiedy | Jaskra []TAK []NIE |



Miastenia: TAK NIE

Alergie na leki: TAK NIE

Jakie?:

.....

.....

Katar sienny: TAK NIE

Uczulenia na pokarmy: TAK NIE

Jakie?:

Jakie?:

Nadużywanie alkoholu (ważne): TAK NIE

Jaki ile i jak często?

Papierosy (ile na dobę): TAK NIE

Narkotyki: TAK NIE

Szklą kontaktowe TAK NIE

Protezy zębowe: TAK NIE

Kobiety: Czy jest Pani w ciąży? TAK NIE

Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę?

Leki: (Bardzo ważne!!!)

nie zażywam żadnych leków na stałe

Zażywam na stałe następujące leki: Jakież?

..... :

..... :

..... :

Ostatnio zażywam dodatkowo (ale nie na stałe):

..... :

..... :

Czy w rodzinie zdarzyły się przypadki nagłego zgonu w czasie operacji: TAK NIE

Czy w rodzinie występowały choroby genetyczne (dziedziczne)? TAK NIE

Dotychczasowe operacje (rodzaj zabiegu data, znieczulenie)

..... :

..... :

..... :

Czy po zabiegu wystąpiły: wymioty TAK NIE

Bóle głowy TAK NIE

Inne problemy związane ze znieczuleniem ?

..... :

..... :

Inne uwagi dotyczące stanu zdrowia:

Jeśli masz dodatkowe informacje o swoim zdrowiu lub pytania dotyczące znieczulenia zapisz je poniżej. Pozwoli to Pani/Panu ich nie zapomnieć ich, a nam na nie odpowiedzieć.

.....

.....

.....

Oświadczenie

Oświadczam, że wyżej podane informacje są prawdziwe. Zdaję sobie sprawę, że zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji może spowodować stan bezpośredniego zagrożenia życia u osoby znieczulanej. Mając świadomość, że każde znieczulenie związane jest z ryzykiem, zapoznałem się z informacją o znieczuleniach i ją zrozumiałem. Ostateczną zgodę na znieczulenie podpiszę w obecności anestezjologa.

NOWY SĄCZ, DN. Podpis pacjenta / opiekuna prawnego :