

PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA (PACJENT DOROSŁY)

Nazwisko i imię Pacjenta:			
PESEL:		Data urodzenia:	
Płeć: Kobieta/Mężczyzna	Wiek:	Waga:	Nr ks. głównej:
Zawód (uprawiany obecnie lub w przeszłości):	Wzrost:	BMI:	Nr ks. oddziałowej:

proszę zaznaczyć odpowiedź

PYTANIE	TAK	NIE	NIE WIEM
AKTUALNE CHOROBY: Czy leczy się Pan(i) ostatnio z powodu choroby? Jeśli tak, to jakiej?			
ZAŻYWANE LEKI: Jakie leki (dawki) Pan(i) obecnie przyjmuje (na receptę, bez recepty, zioła)?			
UCZULENIA, ALERGIE: Czy jest Pan(i) uczulony(a) (alergia) np. na leki, kurz, pyłki roślin, pokarmy, plaster? Jeśli tak, proszę podać na co: Jakie ma Pan(i) objawy alergii? Np.: wstrząs, świąd skóry, wysypka, pokrzywka, duszność, katar, inne:			
OPERACJE, ZNIECZULENIA: Czy był(a) Pan(i) operowany(a)/znieczulany(a)? Jeżeli tak, to z jakiego powodu, kiedy, ile razy, jakiego rodzaju znieczulenie zastosowano: Powód operacji: Data zabiegu: Rodzaj znieczulenia:			
Czy był(a) Pan(i) znieczulany(a) do zabiegu stomatologicznego?			
Czy wystąpiły powikłania związane ze znieczuleniem? Jeśli tak, proszę podać jakie:			
Czy dobrze Pan(i) zniosł/zniosła znieczulenie?			
Czy u Pana(i) krewnych wystąpiły powikłania związane ze znieczuleniem? Proszę podać jakie:			
Czy przeżył(a) Pan(i) trudną intubację?			
PRZETOCZENIA KRWI: Czy miał(a) Pan(i) przetaczaną krew? Jeśli tak, proszę podać kiedy:			
Czy wystąpiły powikłania po przetoczeniu krwi? Jeśli tak, proszę podać jakie:			
STAN JAMY USTNEJ: Ruchome zęby			
Proteza			
Aktualnie obecne objawy stanu zapalnego - bolesność przy nadgryzaniu, reakcja na gorące, „za wysoki ząb”			

PYTANIE	NIE DOTYCZY	TAK	NIE	NIE WIEM
Czy jest Pani w ciąży?				
Czy stosuje Pani hormonalne środki antykoncepcyjne?				

PYTANIE	TAK	NIE	NIE WIEM
CHOROBY WSPÓŁISTNIEJĄCE: Proszę zaznaczyć poniżej choroby, na które choruje Pan(i) obecnie lub chorował(a) w przeszłości:			
Choroby układu oddechowego: ☐ astma ☐ POChP ☐ kaszel produktywny ☐ zatorowość płucna ☐ gruźlica/pylica/sarkoidoza ☐ rozedma/zwłóknienie płuc ☐ wysięk opłucnowy ☐ zaburzenia snu z bezdechem/CPAP ☐ przewlekła niewydolność oddechowa/tlenoterapia/duszność spoczynkowa ☐ zapalenie płuc/zapalenie oskrzeli/nawrotowe infekcje górnych dróg oddechowych ☐ wysiękowe zapalenie ucha środkowego/zapalenie zatok/błony śluzowej nosa/migdałków			
Choroby układu krążenia: ☐ nadciśnienie tętnicze ☐ wada serca/wady zastawkowe/szmer w obrębie serca ☐ choroba wieńcowa/stabilna lub niestabilna dusznica/przebyty zawał serca ☐ bóle zamostkowe ☐ zaburzenia rytmu serca/nieprawidłowe EKG ☐ kardiomiopatia/niewydolność krążenia; tolerancja wysiłku: ☐ dobra ☐ średnia ☐ mierna; ☐ obrzęki kończyn dolnych ☐ gorączka reumatyczna/zapalenie mięśnia sercowego/zapalenie wsierdza ☐ hypercholesterolemia/hyperlipoproteinemia ☐ rozrusznik/kardiowerter defibrylator ☐ niskie ciśnienie/omdlenia/epizody zasłabnięcia/utrata przytomności			
Choroby układu naczyniowego: ☐ tętniak aorty piersiowej/brzuszej ☐ zwężenie tętnicy szyjnej ☐ żylaki kończyn dolnych/zapalenie żył ☐ choroba naczyń obwod./zł. ukrwienie kończyn/bóle łydek przy chodzeniu			
Choroby układu pokarmowego: ☐ otyłość ☐ nudności/wymioty ☐ biegunka/zaparcia ☐ refluks żołądkowo-przełykowy/choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy ☐ choroby wątroby/marskość/stłuszczenie wątroby/WZW ☐ choroby woreczka żółciowego/żółtaczka ☐ choroby trzustki/zapalenie trzustki ☐ choroby jelit/ch.Leśniowskiego-Crohn'a/wrzodziejące zapalenie jelita grubego			
Choroby układu nerwowego i ruchu: ☐ przebyty udar mózgu/niedowład/porażenia ☐ padaczka ☐ bóle głowy/migrena/uraz głowy w wywiadzie ☐ choroba Parkinsona ☐ miastenia/dystrofia mięśniowa ☐ RZS (reumatoidalne zapalenie stawów)/choroba zwyrodnieniowa stawów ☐ bóle pleców/schorzenia kręgosłupa/dyskopatia/skolioza ☐ ZZSK (zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa) ☐ osteoporoza ☐ zaburzenia psychiczne/schizofrenia/depresja/nerwica			
Choroby układu moczowego: ☐ zapalenie/kamica nerek ☐ zespół nerczycowy ☐ przewlekła niewydolność nerek/dializoterapia ☐ choroby pęcherza moczowego			
Choroby układu endokrynnego: ☐ cukrzyca/nietolerancja węglowodanów ☐ dna moczanowa ☐ choroby tarczycy/wole/niedoczynność/nadczynność ☐ choroby przysadki/choroby nadnerczy/sterydoterapia			
Inne choroby: ☐ anemia o zaburzenia układu krzepnięcia ☐ zab. krwotoczne/przedłużone krwawienia/skłonność do siniaków i wylewów krwawych			
Inne: ☐ choroba nowotworowa ☐ immunosupresja/chemioterapia/radioterapia ☐ choroby oczu/jaskra/zet Inne niewymienione powyżej choroby:			
UŻYWKI: Czy palił(i) Pan(i) tytoń? Jeśli tak, proszę podać: ile papierosów dziennie: od ilu lat: /od ilu lat Pan(i) nie palił(a)			
Czy pije Pan(i) alkohol? Ile dziennie/tygodniowo?			
Czy jest Pan(i) uzależnion(y)a od alkoholu?			
Czy przyjmuje Pan(i) środki nasenne, uspokajające, narkotyki, sterydy? Jeśli tak, proszę podać jakie:			

Potwierdzam zgodność powyższych danych ze stanem faktycznym.

WYPEŁNIA ANESTEZJOLOG

.....
data i podpis Pacjenta/przedstawiciela ustawowego:

OCENA TRUDNOŚCI W INTUBACJI						
Otwarcie ust: ☐ pełne ☐ wąskie	MALLAMPATII: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV	Ruchomość szyi: ☐ pełna ☐ ograniczona ☐ brak	Zarost: ☐ broda ☐ wąsy			
Uwagi:			ASA			
			E	I	II	III

KWALIFIKACJA DO ZNIECZULENIA			
TAK ☐	NIE ☐	INNE:	

.....
Data i podpis konsultującego lekarza anestezjologa