

## ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA (wypełnia pacjent)

Uwaga. Ankiety proszę wypełnić przed wizytą lekarza anestezjologa, wszelkie wątpliwości można i należy wyjaśnić w trakcie wizyty lekarza anestezjologa przed zabiegiem operacyjnym. Proszę o zaznaczenie odpowiedzi zakreślając właściwy kwadrat i wypełniając puste pola.

imię i nazwisko: .....

PESEL lub data urodzenia: .....

wzrost i waga: .....

1. Czy leczy się Pan/i stałe (przewlekłe) **lub** w ciągu ostatnich kilku tygodni?  tak  nie  nie wiem

Jeżeli tak, to z jakiego powodu?.....

2. Czy przyjmuje Pan/i leki stałe (przewlekłe)?  tak  nie  nie wiem

Jeżeli tak, to jakie?.....

3. Czy był/a Pan/i wcześniej operowany/a:  tak  nie  nie wiem

Jeżeli tak, to proszę podać rok i rodzaj operacji. ....

4. Czy miał/a Pan/i transfuzję krwi lub preparatów krwiopochodnych?  tak  nie  nie wiem

Jeżeli tak, to czy wystąpiły powikłania i jakie?.....

### Czy występują lub występowały u Pana/i następujące choroby lub objawy?

5. **serce/krażenie, np.:** nadciśnienie / niedociśnienie, choroba wieńcowa, zawał serca, zaburzenia rytmu – jakie....., wada serca, zapalenie mięśnia serca, duszność, ból za mostkiem przy wysiłku (np. przy wchodzeniu po schodach), bóle łydek przy chodzeniu, żylaki, zapalenie żył /zakrzepica, zatorowość, itp.  tak  nie  nie wiem

6. **płuca/drogi oddechowe, np.:** zapalenie płuc / oskrzeli, gruźlica, astma, odma opłucnowa, rozedma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, nowotwór, itp.  tak  nie  nie wiem

7. **przewód pokarmowy, np.:** choroba wrzodowa, zwężenie odźwiernika, zgaga, choroba refluksowa, zapalenie, żółtaczka, kamica dróg żółciowych/pęcherzyka, marskość wątroby, itp.  tak  nie  nie wiem

8. **nerki, np.:** zapalenie, kamica, przewlekła choroba nerek, dializy, itp.  tak  nie  nie wiem

9. **choroby przemiany materii, np.:** cukrzyca, dna moczanowa, itp.  tak  nie  nie wiem

10. **tarczycyca, np.:** wole, nadczynność, niedoczynność, itp.  tak  nie  nie wiem

11. **choroby nerwów/ psychiczne:** padaczka, porażenie, niedowład, depresja, częste bóle głowy, utrata przytomności, nerwice, udary, itp.  tak  nie  nie wiem

12. **oczy i uszy:** zaćma, jaskra, soczewki kontaktowe, osłabienie słuchu, aparat słuchowy, itp.  tak  nie  nie wiem

13. **układ mięśniowy i kostno-stawowy, np.:** zwyrodnienia, bóle kręgosłupa, dyskopatie, osłabienie mięśni, miastenia, schorzenia mięśniowe (także u krewnych), itp.  tak  nie  nie wiem

14. **krew, np.:** zaburzenia krzepnięcia, skłonność do siniaków, krwawienia z nosa, itp.  tak  nie  nie wiem

15. **uczulenia, np.:** na pokarmy, leki, plaster, pyłki, jod, katar sienny, wyprysk, świąd, inne – jakie? .....  tak  nie  nie wiem

16. **stan uzębienia, np.:** chwiejące się zęby, próchnica, protezy, mosty, koronki, itp.  tak  nie  nie wiem

17. **Czy pali Pan(i) papierosy?** Jeżeli tak, to ile papierosów dziennie? .....  tak  nie  nie wiem

18. **Czy pije Pan(i) alkohol?** Jeżeli tak to:  codziennie /  kilka razy w tygodniu /  kilka razy w miesiącu /  kilka razy w roku  tak  nie  nie wiem

19. **(do PacjenteK) Czy jest Pani w ciąży?**  tak  nie  nie wiem

20. **inne? Jakie?** .....

.....  
data:

.....  
podpis pacjenta:

## ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

( wypełnia lekarz anestezjolog )

rodzaj znieczulenia:

rodzaj zabiegu operacyjnego:

ocena ryzyka okołoperacyjnego wg ASA:

1

2

3

4

5

6

E

ocena dróg oddechowych wg Mallampati:

1

2

3

4

ocena wydolności fizycznej:

jeżeli pacjent może wejść na piętro po schodach, przebiec krótki odcinek, pójść na szybki spacer, wykonać poważniejsze prace domowe (= w skali MET\* 4pkt. i więcej)

 < 4MET\* (**slaba**) > 4MET\* (**dobra**) nie do oceny

wymagane bad. dodatkowe:

problemy specyficzne / uwagi:

zalecenia lekarskie przed zabiegiem:

data wypełnienia:

podpis lekarza wypełniającego: