|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **UWAGA**. Ankietę proszę wypełnić **PRZED** WIZYTĄ LEKARZA ANESTEZJOLOGA**/**  **PRZED** WIZYTĄ W PORADNI ANESTEZJOLOGICZNEJ,  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.  **(WYPEŁNIA PACJENT/-KA/ OPIEKUN PRAWNY/ PEŁNOMOCNIK)** | | | | |
|  | | | | |
| **Imię i nazwisko: …………………………………………………………………………………………………………………..…….**  **PESEL lub data urodzenia: ……………………………………………………………….......................................................**  **Wzrost i waga: ………………………cm /……………………………kg** | | | | |
|  | | | | |
| 1 | Czy leczy się Pani/Pan na stałe (przewlekle)? | □tak | □nie | □nie wiem |
| w ciągu ostatnich kilku tygodni? | □tak | □nie | □nie wiem |
| Jeżeli tak, to z jakiego powodu? …………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | | | |
| 2 | Czy przyjmuje Pani/Pan leki stale (przewlekle/ codziennie / regularnie)? | □tak | □nie | □nie wiem |
| Jeżeli tak, to jakie?……………………..…………………………………………………………………………………………………………………..… …………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | |
| 3 | Czy była/był Pani/Pan wcześniej operowany/a: | □tak | □nie | □nie wiem |
| Jeżeli tak, to proszę podać rok i rodzaj operacji. …………………………………………………………………………………………… | | | |
| 4 | Czy wyraża Pani/Pan zgodę na transfuzję krwi lub składników krwi? | □tak | | □nie |
| Jeżeli nie, to z jakiego powodu?...................................................................................... | | | |
| 5 | Czy miała/miał Pani/Pan transfuzję krwi lub składników krwi? | □tak | □nie | □nie wiem |
| Jeżeli tak, to czy wystąpiły powikłania i jakie?………………………………………………………………………………………... | | | |
| **Czy występują lub występowały u Pani/Pana następujące choroby lub objawy?**  **Proszę podać, w którym roku wystąpiły lub od kiedy Pani/Pan choruje** | | | | |
| 6 | **serce/ krążenie, np.:** nadciśnienie/ niedociśnienie od..……….….., choroba wieńcowa, zawał serca………..…, niewydolność serca, zaburzenia rytmu serca ………………, wada serca………………., operacja zastawek serca…………, kardiostymulator / kardiowerter od………./ostatnia kontrola………, zapalenie mięśnia sercowego, omdlenia, żylaki, zapalenie żył /zakrzepica, zatorowość płucna……………., stan po CABG (by-pass) ……………………., duszność, ból za mostkiem przy wysiłku (np. przy wchodzeniu po schodach), bóle łydek przy chodzeniu, itp. | □tak | □nie | □nie wiem |
| 7 | **płuca/drogi oddechowe, np.:** zapalenie płuc/ oskrzeli, gruźlica, astma, odma opłucnowa, rozedma, pylica, sarkoidoza, przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), nowotwór, itp. | □tak | □nie | □nie wiem |
| 8 | **przewód pokarmowy, np.:** choroba wrzodowa, zwężenie odźwiernika, zgaga, choroba refluksowa, zapalenie żołądka, choroby zapalne jelit,  przebyta żółtaczka, kamica dróg żółciowych/pęcherzyka, marskość wątroby, itp. | □tak | □nie | □nie wiem |
| 9 | **nerki, np.:** zapalenie, kamica, przewlekła choroba nerek, dializy (jeśli tak, to od kiedy, jak często są dializy i kiedy była ostatnia dializa)………………………………., itp. | □tak | □nie | □nie wiem |
| 10 | **choroby przemiany materii, np.:** cukrzyca od ……………….., dna moczanowa, itp. | □tak | □nie | □nie wiem |
| 11 | **tarczyca, np.:** wole, nadczynność, niedoczynność, itp. | □tak | □nie | □nie wiem |
| 12 | **choroby układu nerwowego/ psychiczne:** udar mózgu ……….,padaczka …….., porażenie, niedowład, choroba Parkinsona, miastenia, częste bóle głowy, utrata przytomności, ch.Alzheimera, nerwice, depresja itp. | □tak | □nie | □nie wiem |
| 13 | **oczy i uszy, np.:** zaćma, jaskra, soczewki kontaktowe, osłabienie słuchu, aparat słuchowy, itp. | □tak | □nie | □nie wiem |
| 14 | **układ mięśniowy i kostno-stawowy, np.:** zwyrodnienia, bóle kręgosłupa, dyskopatie, osłabienie mięśni, miastenia, schorzenia mięśniowe (dystrofie) (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 oraz reakcje nadwrażliwości, np.:** na pokarmy, leki, plaster, pyłki, jod, katar sienny, wyprysk, świąd, w tym lignokainę i inne –  jakie? ……………………………………………………………………………………... | □tak | □nie | □nie wiem |
| 16 | **stan uzębienia, np.:** chwiejące się zęby, próchnica, paradontoza, protezy, mosty, koronki, itp. | □tak | □nie | □nie wiem |
| 17 | **Czy pali Pani/Pan papierosy?**  Jeżeli tak, to od kiedy …………….. Jeśli nie, to od kiedy ………………  ile papierosów dziennie? ………………………………………………………….. | □tak | □nie | □nie wiem |
| 18 | **Czy pije Pani/Pan alkohol (także piwo)?** 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 wypełniającego ankietę pacjenta/-ki / osoby upoważnionej: …………………………………………………  **Jeśli pacjent/-ka nie jest w stanie samodzielnie się podpisać, wyraża zgodę werbalnie lub gestem w obecności:**  członka rodziny (imię i nazwisko + stopień pokrewieństwa) …. ………………………………………………………………………  pracownika szpitala ……………………………………………………………. | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA**  (wypełnia lekarz anestezjolog) | | | | | | | | | | | | |
| rodzaj znieczulenia: |  | | | | | | | | | | | |
| rodzaj zabiegu operacyjnego: |  | | | | | | | | | | | |
| ocena ryzyka okołooperacyjnego wg ASA: | 1 | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | E |
| ocena dróg oddechowych wg Mallampati: | 1 | | 2 | | | | 3 | | | | 4 | |
| BMI ……………… ( kg/m2) | **< 16 wyniszczenie / 16-17 wychudzenie / 17-18,5 niedowaga /**  **18,5-25 – norma**  **25,1-29.9 nadwaga/ 30-34,9 otyłość I stopnia/ 35-39,9 otyłość II stopnia/**  **> 40 – otyłość olbrzymia** | | | | | | | | | | | |
| 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\* (**słaba**) | | | |  > 4MET\* (**dobra**) | | | |  nie do oceny | | | |
| wymagane badania dodatkowe: |  | | | | | | | | | | | | |
| problemy specyficzne/ uwagi: |  | | | | | | | | | | | | |
| zalecenia lekarskie przed zabiegiem |  | | | | | | | | | | | | |
| data wypełnienia: | podpis lekarza/-ki wypełniającego/-ej | | | | | | | | | | | | |