



## Karta przedzabiegowego badania anestezyjologicznego

Nazwisko ..... Imię .....

PESEL ..... Wiek ..... Wzrost .....cm Waga ..... kg

### Ankieta należy wypełnić przed konsultacją anestezyjologiczną.

Informacje uzyskane dzięki odpowiedziom na poniższe pytania pozwolą anestezyjologowi wybrać najbardziej odpowiedni sposób znieczulenia i zwiększą Państwa bezpieczeństwo przed, w trakcie, jak i po zabiegu. Koniecznie prosimy zabrać ze sobą całą dotychczasową dokumentację medyczną (karty wypisowe ze szpitali, konsultacji, itp.).

W trakcie badania lekarz zada Państwu jeszcze dodatkowe pytania i wyjaśni wątpliwości.

### Wypełnia Pacjent\*

Rozpoznanie / zabieg .....

Proszę o postawienie znaku „X” we właściwym polu*	TAK	NIE
1. Czy leczył(a) się Pan(i) ostatnio? Jeśli tak to na jakie schorzenie(a)? .....		
2. Czy przyjmuje Pan(i) jakieś leki? Jeśli tak to jakie? .....		
3. Czy był Pan(i) operowany(a)? ..... w roku ..... w roku .....		
4. Czy dobrze zniósł Pan(i) znieczulenie?		
5. Czy miał Pan(i) transfuzję krwi? Kiedy ostatnio? ..... Czy dobrze zniósł(a) Pan(i) transfuzję?		
6. Czy chorował Pan(i) na serce (wada, zawał, zapalenie, choroba wieńcowa)? Na które piętro może Pan(i) wejść bez odpoczynku? .....		
7. Choroby układu krążenia (wysokie / niskie ciśnienie krwi, omdlenia, zmęczenie, zawroty głowy)? Jakie najwyższe ciśnienie tętnicze miał Pan(i) kiedykolwiek? .....		
8. Choroby żył (żylaki, zapalenia żył, owrzodzenia podudzi)?		
9. Choroby płuc (gruźlica, zapalenie płuc, rozedma, pylica)?		
10. Choroby dróg oddechowych (przewlekłe zapalenie oskrzeli, astma, duszność)?		
11. Czy jest Pan(i) osobą palącą? Jeśli tak to ile papierosów dziennie Pan(i) wypala? .....		
12. Choroby wątroby (żółtaczką, marskość)?		

13. Czy spożywa Pan(i) alkohol? Ile alkoholu tygodniowo Pan(i) spożywa? .....		
14. Choroby nerek (niewydolność, obrzęki)?		
15. Choroby tarczycy (wole)?		
16. Cukrzyca? Typ? .....		
17. Choroby neurologiczne (padaczka, udar mózgu, choroby kręgosłupa, porażenia)?		
18. Uczulenia (katar sienny, wysypka, uczulenia na leki, jodynę)?		
19. Inne schorzenia, choroby nie wymienione powyżej, jakie? .....		
20. Czy była Pan(i) szczepiony(a) przeciwko WZW B? Ile razy? .....		
21. Czy jest Pani w ciąży?		

### Oświadczenie woli Pacjenta

Lekarz ..... przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą problem znieczulenia do zabiegu. Podczas tej rozmowy mogłem/am pytać o wszystkie interesujące mnie problemy dotyczące rodzaju znieczulenia, związanego z nim ryzyka oraz innych okoliczności przed i po zabiegu. Nie mam więcej pytań.

### Zgoda na znieczulenie

Niniejszym wyrażam zgodę na znieczulenie: ..... do zabiegu ..... , jak również na towarzyszące temu postępowanie (kaniulację naczyń żylnych i tętniczych, infuzję, transfuzję, autotransfuzję, leczenie krążeniowe, oddechowe) w czasie i po zabiegu. Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenie postępowania anestetycznego (**w tym zmianę rodzaju znieczulenia**).

Data .....

Podpis anestezjologa .....

Podpis pacjenta .....

#### **Badania fizykalne:**

RR ..... Tętno .....

Płuca i serce osłuchowo .....

.....

#### **Uwagi anestezjologa:**

.....

.....