

Dotazník pro pacienty před anestezií

Vážená paní, vážený pane!

Váš ošetřující lékař Vám doporučil operační či diagnostický výkon vyžadující anesteziologickou péči. Informace, které poskytnete níže, nám pomohou zvolit pro Vás nejvhodnější a nejbezpečnější způsob anestezie. Vyplňte, prosím, celý dotazník pečlivě a pravdivě. Vámi uvedené údaje budou důvěrné a stanou se součástí Vaší zdravotnické dokumentace.

Jméno a příjmení pacienta:

Rodné číslo:

Váha: **Výška:** **Alergie:**

Léky, které v současné době i dlouhodobě užíváte (včetně hormonální antikoncepce):

.....

Se kterými onemocněními se léčíte?

.....

	ANO	NE
Podstoupil(a) jste v minulosti výkon v anestezií?	()	()
Pokud ano, kdy a pro jaký zákrok?.....		
Vyskytly se u Vás při anestezií či po ní komplikace?	()	()
Pokud ano, jaké?		
Byla Vám někdy podána krevní transfuze?	()	()
Máte uvolněné či jinak poškozené zuby nebo zubní náhrady?	()	()
Máte pocit tuhnutí čelisti při pití kávy?	()	()
Měl(a) jste v nedávné době chřipku, nachlazení, teplotu, opar či jinou infekci?	()	()
Míváte bolesti na hrudi či dušnost při námaze?	()	()
Jste v péči nějaké odborné ambulance (kardiologie, nefrologie, plicní atd.)?	()	()
Máte onemocnění srdce a cév (infarkt, vysoký krevní tlak, mrtvice, sraženiny)?	()	()
Máte onemocnění plic či dýchacích cest (astma, zánět průdušek)?	()	()
Máte cukrovku?	()	()
Máte jiná onemocnění (jater, ledvin, štítné žlázy, nervů, svalů...)?	()	()
Máte žaludeční vředy či jiné onemocnění žaludku či jícnu?	()	()
Máte nějaké potíže s páteří?	()	()
Trpíte zvýšenou tvorbou modřin, krvácivostí, či jinou krevní poruchou?	()	()
Užíváte pravidelné nějaké léky proti bolesti?	()	()
Kouříte (kouřili jste)? Pokud ano, kolik cigaret denně spotřebujete?.....	()	()
Pijete pravidelně alkohol?	()	()
Užíváte (užívali jste) nějaké drogy?	()	()
Rozuměl(a) jste všem otázkám v tomto dotazníku a prohlašujete, že jste na ně odpověděl(a) podle svého nejlepšího svého vědomí a svědomí?	()	()

V Nymburce dne Vaš podpis (podpis zákonného zástupce)