

ANKIETA PRZEDOPERACYJNA

Proszę dokładnie przeczytać ankietę i odpowiedzieć na zawarte w niej pytania, właściwą odpowiedź zakreślić X

1. Czy leczy się Pan/i ostatnio (ostatnie 12 miesięcy) Tak Nie
 Jeśli tak, to na jakie choroby.....
2. Czy przyjmuje Pan/i obecnie lub wcześniej jakieś leki? Tak Nie
 Jeśli tak, to na jakie
3. Czy przebył Pan/i jakiś operacje
 Jeśli tak, to na jakie i kiedy.....
4. Czy choruje Pan/i na choroby:
- Serca** – zawał , zapalenie , niedokrwienie , wada zastawki ,
Układu krążenia – nadciśnienie , omdlenie , duszność , przewlekłe zmęczenie
Naczyń – żylaki , bóle łydek przy chodzeniu , złe ukrwienie kończyn , zapalenie żył
Płuc – gruźlica , zapalenie płuc , rozedma , pylica
Dróg oddechowych – kaszel , astma , przewlekłe zapalenie oskrzeli
Żołądka – wrzody , zapalenie
Wątroby – żółtaczka , zastój , stłuszczenie wątroby
Układu moczowego – zapalenie , kamica , trudności w oddawaniu moczu , konieczność
 nocnego oddawania moczu
Przemiany materii – cukrzyca , dna moczanowa , porfiria
Tarczycy – powiększenie gruczołu , nadczynność , niedoczynność
Oczu – jaskra
Układu nerwowego – porażenia , udary , padaczka
Narządu ruchu – miastenia , zmiany kręgosłupa , stawów
Krew i układu krzepnięcia – słaba krzepliwość , skłonność do dużych siniaków przy małych urazach
Wady wrodzone:
5. Uczulenia na leki Tak Nie
 Jeśli tak, to na jakie
6. Choroba lokomocyjna (nudności, wymioty w czasie jazdy samochodem) Tak Nie
7. Inne schorzenia nie wymienione powyżej Tak Nie
 Jeśli tak, to na jakie
8. Czy nosi Pan/i protezy zębowe, mostki, stałe aparaty ortodontyczne Tak Nie
9. Czy jest Pani w ciąży Tak Nie
10. Czy pali Pan/i papierosy? Tak Nie
11. Czy pije Pan/i alkohol? nie , rzadko , niewiele , regularnie , regularnie dużo
12. Czy zażywa Pan/i środki uspokajające lub nasenne Tak Nie
 Jeśli tak, to na jakie
13. Czy chorował Pan/i na wirusowe zapalenie wątroby (żółtaczka zakaźna typ A,B,C, inne) Tak Nie
 Jeśli tak, to proszę wymienić
14. Czy stwierdzono markery zapalenia wątroby (np. HBs, HCV) Tak Nie
 Jeśli tak, to na jakie
15. Czy kiedykolwiek stwierdzono u Pana/zakażenia HIV Tak Nie
16. Czy kiedykolwiek przetaczano Panu/i krew lub preparaty krwiopochodne Tak Nie
 Jeśli tak, to kiedy
17. Czy jest Pan/i zaszczepiony/a przeciw żółtaczce zakaźnej Tak Nie

.....
 Data i Podpis Pacjenta