

<b>Imię</b>	<b>Nazwisko</b>	
<b>PESEL</b>	<b>Masa ciała</b>	<b>Wzrost</b>
Przyjmowane leki/suplementy diety/ zioła:		
Przebyte w całym życiu operacje (jakie, kiedy):		
Czy wystąpiły u Pani/Pana powikłania związane ze znieczuleniem? ( także w rodzinie )	Tak	Nie
Uczulenia (leki lub inne) ?	Tak	Nie
Ruchome zęby/ protezy zębowe?	Tak	Nie
Papierosy? Jak długo? Ile?	Tak	Nie
Alkohol? Narkotyki?	Tak	Nie
Astma, POCHP, Gruźlica, inna choroba płuc?	Tak	Nie
Bezdech senny/ chrapanie?	Tak	Nie
Infekcja w drogach oddechowych w ciągu ostatnich 3 tygodni (przeziębienie, angina, zapalenie oskrzeli, płuc)?	Tak	Nie
Nadciśnienie tętnicze?	Tak	Nie
Choroba niedokrwienna serca? Przebyty zawał serca? kiedy? ..... - koronarografia (stenty) kiedy? ..... - próba wysiłkowa kiedy? .....	Tak	Nie
Czy obecnie występują bóle w klatce piersiowej?	Tak	Nie
Duszność?	Tak	Nie
Na które piętro Pani/Pan wejdzie bez wysiłku i duszności? .....		
Wady serca?	Tak	Nie
Kołatanie serca? Migotanie przedsionków? Inne zaburzenia rytmu?	Tak	Nie
Wszczepiony stymulator/ defibrylator?	Tak	Nie
Choroba wrzodowa żołądka/ dwunastnicy? Zgaga?	Tak	Nie
Bóle brzucha? Żółtaczką?	Tak	Nie
Biegunki/wymioty w ciągu ostatnich 3 tygodni?	Tak	Nie

Padaczka?	Tak	Nie
Udar mózgu? - kiedy?.....	Tak	Nie
Niedowład kończyn górnych lub dolnych?	Tak	Nie
Choroby kręgosłupa?	Tak	Nie
Toczeń? Reumatyzm?	Tak	Nie
Depresja/ nerwica? Inne zaburzenia?	Tak	Nie
Cukrzyca? insulina? / leki doustne? -poziomy cukrów w pomiarach domowych na czczo/ po posiłku .....	Tak	Nie
Choroby tarczycy, nadnerczy?	Tak	Nie
Choroby układu moczowego/nerek? Zakażenia ? Dializoterapia?	Tak	Nie
Słonność do krwawień/ siniaków? Anemia? Niedokrwistość?	Tak	Nie
Choroby zakaźne? Wirusowe zapalenie wątroby? HIV ?	Tak	Nie
Choroby nowotworowe? – jakie ..... -chemioterapia- kiedy? ..... -radioterapia- kiedy? .....	Tak	Nie
Zaburzenia widzenia? Jaskra?	Tak	Nie
Czy kiedykolwiek miała Pani/Pan transfuzję krwi? preparatów? - czy były powikłania?.....	Tak	Nie
Pytania do lekarza		

Oświadczam, że odpowiedziałam/em prawdziwie na zadawane mi w ankiecie pytania i nie zataiłam/em żadnej informacji o stanie mojego zdrowia.

Data:

Czytelny podpis pacjenta:

**BARDZO WAŻNE!!!!**

proszę dostarczyć na wizytę do Poradni Anestezjologicznej wypełnioną ankietę i zaświadczenie od lekarza prowadzącego lub lekarza specjalisty o stanie zdrowia , w przypadku występowania chorób wymienionych w ankiecie oraz jeśli posiadają Państwo wypisy ze szpitala, dodatkowe badania np. ECHO serca, koronarografię, próbę wysiłkową, badanie Holtera, hormony tarczycy, spirometrię i inne