

## ANKIETA STANU ZDROWIA

**BARDZO WAŻNE!** Proszę dostarczyć na wizytę do Poradni Anestezjologicznej dokładnie wypełnioną ankietę. Jeśli posiada Pani/Pan wypisy ze szpitala, informacje od lekarzy prowadzących, dodatkowe badania np. ECHO serca, koronarografię, próbę wysiłkową, badanie Holtera, hormony tarczycy, spirometrię lub inne - proszę dostarczyć je na wizytę anestezjologiczną. Jeśli leczy się Pani/Pan z powodu nadciśnienia lub cukrzycy, proszę zabrać dzienniczek pomiarów ciśnienia lub poziomu glukozy.

Imię	Nazwisko	
PESEL	Masa ciała	Wzrost

Czy przyjmuje Pani/Pan <b>leki</b> , a także suplementy/ziola? Jakie? <b>Proszę wymienić nazwy wszystkich leków i suplementów:</b>	Tak	Nie
Czy przebyła Pani/Pan w przeszłości (w całym życiu) <b>operacje</b> ? Jakie? Kiedy?	Tak	Nie
Czy wystąpiły u Pani/Pana powikłania związane ze znieczuleniem? (także w rodzinie)	Tak	Nie
Uczulenia (na leki lub inne)?	Tak	Nie
Ruchome zęby / protezy zębowe?	Tak	Nie
Papierosy? Od jak dawna? Ile sztuk dziennie?	Tak	Nie
Alkohol? Narkotyki?	Tak	Nie
Astma, POChP, gruźlica, inna choroba płuc?	Tak	Nie
Chrapanie?	Tak	Nie
Bezdech senny?	Tak	Nie
Infekcja dróg oddechowych w ciągu ostatnich 3 tygodni? (przeziębienie, angina, zapalenie oskrzeli, płuc)	Tak	Nie
Nadciśnienie tętnicze?	Tak	Nie
Choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa)? <ul style="list-style-type: none"> <li>- Przebyty zawał serca? Kiedy? .....</li> <li>- Koronarografia/stenty? Kiedy? .....</li> <li>- Próba wysiłkowa? Kiedy? .....</li> </ul>	Tak	Nie
Czy obecnie występują bóle w klatce piersiowej?	Tak	Nie
Duszność?	Tak	Nie

Na które piętro wejdzie Pani/Pan bez wysiłku i duszności? (proszę zaznaczyć)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pół piętra lub mniej</li> <li>➤ Pierwsze</li> <li>➤ Drugie</li> <li>➤ Trzecie lub więcej</li> </ul>		
Wady serca?	Tak	Nie
Kołatanie serca? Arytmia? Migotanie przedsionków? Inne zaburzenia rytmu serca?	Tak	Nie
Wszczepiony stymulator serca (rozrusznik) albo defibrylator?	Tak	Nie
Choroba wrzodowa żołądka/dwunastnicy? Zgaga?	Tak	Nie
Bóle brzucha? Żółtaczka?		
Biegunki/wymioty w ciągu ostatnich 3 tygodni?	Tak	Nie
Padaczka?	Tak	Nie
Udar mózgu? - Kiedy? .....	Tak	Nie
Niedowład kończyn górnych lub dolnych?	Tak	Nie
Choroba Parkinsona? Miastenia? Inne choroby neurologiczne?	Tak	Nie
Choroby kręgosłupa?	Tak	Nie
Toczeń? Zapalenie stawów? Inne choroby reumatologiczne?	Tak	Nie
Depresja/nerwica? Inne zaburzenia?	Tak	Nie
Cukrzyca? Insulina? Tak/nie - Poziom cukru w pomiarach domowych na czczo..... po posiłku.....	Tak	Nie
Choroby tarczycy? Choroby nadnerczy?	Tak	Nie
Choroby układu moczowego? Nerek? Zakażenia? Dializoterapia?	Tak	Nie
Skłonność do krwawień / siniaków?	Tak	Nie
Choroby zakaźne? Wirusowe zapalenie wątroby? Żółtaczka? HIV?	Tak	Nie
Choroby nowotworowe – jakie? ..... -chemioterapia – kiedy?..... -radioterapia – kiedy?.....	Tak	Nie
Jaskra? Inne choroby oczu?	Tak	Nie
Czy kiedykolwiek miała Pani/Pan transfuzję krwi? Preparatów? -czy były powikłania?.....	Tak	Nie
Wypełniają kobiety: Czy podejrzewa Pani, że może być Pani w ciąży?	Tak	Nie
Inne choroby, niewymienione powyżej? Jakiej?.....		
To jest miejsce na zapisanie pytań 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: