

W celu umożliwienia najbezpieczniejszej i najwłaściwszej metody znieczulenia uprzejmie prosimy o dokładne wypełnienie poniższej ankiety. Prosimy o zakreślenie odpowiedzi tak lub nie.

Uprzejmie prosimy na wyrażenie zgody na proponowane metody znieczulenia oraz potwierdzenie tego własnoręcznym podpisem.

Imię i nazwisko:

1. Czy chorowała Pan/Pani na serce lub choroby układu krążenia? (choroba wieńcowa, zawał serca, nadciśnienie, wada serca, niewydolność krążenia, żylaki kończyn dolnych, zapalenia żył) TAK NIE
2. Czy chorowała Pn/Pani na choroby płuc? (zapalenie płuc, gruźlica, częste zapalenia oskrzeli, astma, rozedma płuc, kaszel nawracający, duszność) TAK NIE
3. Czy jest Pan/Pani na coś uczulony/a? (katar sienny, wysypka, uczulenie na leki, pokarmy, substancje chemiczne itp.) TAK NIE
4. Czy chorował/a Pan/Pani na choroby układu nerwowego? (padaczka, bóle głowy, bóle korzonkowe, omdlenia, drgawki, udar, utraty świadomości, porażenia) TAK NIE
5. Czy chorował/a Pan/Pani na choroby wątroby? (żółtaczką, marskość) TAK NIE
6. Czy chorował/a Pan/Pani na nerki? (kamica, zapalenia nerek, częste infekcje dróg moczowych) TAK NIE
7. Czy chorował/a Pan/Pani na zaburzenia metaboliczne lub hormonalne? (nadczynność lub niedoczynność tarczycy, cukrzyca, inne) TAK NIE
8. Czy choruje Pan/Pani na inne, nie wymienione choroby? TAK NIE
9. Czy przyjmuje Pan/pani jakieś leki? – jeżeli tak, proszę podać nazwę i dawkę

10. Czy był/a Pan/Pani znieczulona do jakiegokolwiek zabiegu i czy znieczuleniu towarzyszyły jakieś powikłania? TAK NIE
11. Czy pali Pan/Pani papierosy? TAK NIE
12. Czy nadużywa Pan/Pani alkohol? TAK NIE

Wyrażam zgodę na znieczulenie do zabiegu oraz oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a o braku możliwości prowadzenia pojazdu przez 12 h od momentu podania znieczulenia.

.....
 Data i podpis pacjenta