

## Przedoperacyjna ankieta anestezyjologiczna

NAZWISKO.....

IMIE.....

PESEL.....

WZROST..... WAGA.....

PRZYJMOWANE OBECNIE LEKI .....

.....

.....

.....

CZY BYŁ(A) PAN(I) OPEROWANY?    NIE    TAK

Jakie to były operacje?.....

.....

CZY WYSTĄPIŁY POWIKŁANIA?    NIE    TAK    JAKIE?

.....

CZY JEST PANI W CIAŻY?                                    NIE    TAK

CZY CHORUJE PAN(I) NA:

CHOROBY WIEŃCOWĄ                                    NIE    TAK

NADCIŚNIENIE TĘTNICZE                                NIE    TAK

INNE CHOROBY KRAŻENIA                              NIE    TAK

CHOROBY PŁUC I OSKRZELI                            NIE    TAK

CHOROBY WĄTROBY                                    NIE    TAK

CHOROBY NEREK                                        NIE    TAK

CHOROBY TARCZYCY                                    NIE    TAK

CUKRZYCĘ    NIE    TAK

### KONTAKT



tel. 43 675 21 92



sekretariat@szpitalwlasku.pl

MIASTENIE/INNE  
CHOROBY MIĘŚNI

NIE TAK

JASKRĘ

NIE TAK

INNE CHOROBY

NIE TAK JAKIE?

.....  
UCZULENIA

NIE TAK JAKIE?

.....  
SOCZEWKI KONTAKTOWE

NIE TAK

ZĘBY RUCHOME/PROTEZY

NIE TAK

NAŁOGI

NIE TAK JAKIE?

.....  
CZY JEST PAN(I) NA CZCZO MINIMUM 6 GODZIN?

NIE TAK

### ZGODA NA ZNIECZULENIE

Niniejszym wyrażam zgodę na znieczulenie ogólne dożylnie, jak również na towarzyszące temu postępowanie medyczne (wkłucia, kroplówki, leki, oddech zastępczy, przetoczenia krwi i środków krwiopochodnych, etc.) w czasie i po zabiegu. Zgadzam się na medycznie uzasadnione zmiany lub rozszerzenie postępowania anestetycznego, w tym zmianę rodzaju znieczulenia.

Oświadczam, że miałem/am pełną możliwość zadawania pytań dotyczących znieczulenia, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań oraz że uzyskałem/am zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi. Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na której podjęcie miałem/am wystarczającą ilość czasu. Oświadczam także, że nie zatałem/am żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych leków, będąc świadomym/mą wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych.

Zostałem/am poinformowany/a o zakazie obsługi maszyn i prowadzenia pojazdów w czasie 12 godzin po znieczuleniu oraz o konieczności opuszczenia Szpitala w Łasku w asyście osoby towarzyszącej.

Data: ..... Podpis pacjenta.....Podpis anestezjologa.....

KONTAKT



tel. 43 675 21 92



sekretariat@szpitalwlasku.pl