

Data

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Prosimy o wypełnienie poniższej ankiety, która będzie pomocna dla anestezjologa w wyborze najbardziej odpowiedniego rodzaju leczenia. W razie wątpliwości prosimy o zadawanie pytań w trakcie rozmowy z anestezjologiem.

NAZWISKO IMIĘ

PESEL _____ WIEK _____ WZROST _____ cm WAGA _____ kg

1	Czy leczy się Pan(i) ostatnio?	TAK	NIE	NIE WIEM	
2	Jeśli tak, to jakie schorzenie?	TAK	NIE	NIE WIEM	
3	Jakie leki obecnie Pan(i) przyjmuje?	TAK	NIE	NIE WIEM	
4	Leki zaburzające krzepnięcie krwi (nazwa, do kiedy przyjmowane?)	TAK	NIE	NIE WIEM	
5	Choroby krwi (skłonność do krwawień)?	TAK	NIE	NIE WIEM	
6	Czy był Pan(i) operowany?	TAK	NIE	NIE WIEM	
7	Czy u Pana(i) wystąpiły problemy przy znieczuleniu?	TAK	NIE	NIE WIEM	
8	Czy w rodzinie zdarzały się przypadki komplikacji podczas operacji?	TAK	NIE	NIE WIEM	
9	Czy miał Pan(i) transfuzję krwi?	TAK	NIE	NIE WIEM	
10	Czy zgadza się Pan(i) na podanie krwi w razie potrzeby?	TAK	NIE	NIE WIEM	
11	Choroby serca (zawał, zapalenie, choroba wieńcowa, wada)?	TAK	NIE	NIE WIEM	
12	Choroby układu krążenia (ciśnienie wysokie, niskie, omdlenie)?	TAK	NIE	NIE WIEM	
13	Choroby naczyń (żylaki, zapalenie żył, zatory, zakrzepy)?	TAK	NIE	NIE WIEM	
14	Choroby płuc (gruźlica, zapalenie, rozedma, pylica)?	TAK	NIE	NIE WIEM	
15	Choroby dróg oddechowych (zapalenie oskrzeli, astma)?	TAK	NIE	NIE WIEM	
16	Choroby żołądka (choroba wrzodowa)?	TAK	NIE	NIE WIEM	
17	Choroby wątroby (żółtaczką)?	TAK	NIE	NIE WIEM	
18	Choroby układu moczowego (zapalenie, kamica)?	TAK	NIE	NIE WIEM	
19	Choroby przemiany materii (np. cukrzyca, porfiria)?	TAK	NIE	NIE WIEM	
20	Choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność)?	TAK	NIE	NIE WIEM	
21	Choroby oczu (np. jaskra)?	TAK	NIE	NIE WIEM	
22	Choroby układu nerwowego (porażenia, padaczka, udar, miastenia)?	TAK	NIE	NIE WIEM	
23	Choroby psychiczne?	TAK	NIE	NIE WIEM	
24	Uczulenia (na leki, inne)?	TAK	NIE	NIE WIEM	
25	Czy może być Pani w ciąży?	TAK	NIE	NIE WIEM	
26	Czy używa Pan(i) protezy zębowe lub szkła kontaktowe?	TAK	NIE	NIE WIEM	
27	Czy Pan(i) pali papierosy/cygara lub fajkę?	TAK	NIE	NIE WIEM	
28	Czy pije Pan(i) alkohol?	NIE	RZADKO	REGULARNIE	DUŻO

Od starannego i zgodnego z prawdą wypełnienia ankiety zależy Pana/i bezpieczeństwo. Na jej podstawie, po rozmowie i badaniu fizykalnym, lekarz anestezjolog dokona oceny i kwalifikacji do optymalnego rodzaju leczenia.

Oświadczenie pacjenta

Oświadczam, że udzieliłem/am dokładnych i prawdziwych odpowiedzi na powyższe pytania i nie zataiłem/am żadnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia i przebytych chorób.

Data

Podpis pacjenta

Rodzaj zabiegu

Badanie fizykalne (wypełnia lekarz)

Temperatura Ciśnienie tętniczemmHg tętno/min

Stan świadomości GCS pkt.

1. Układ krążenia

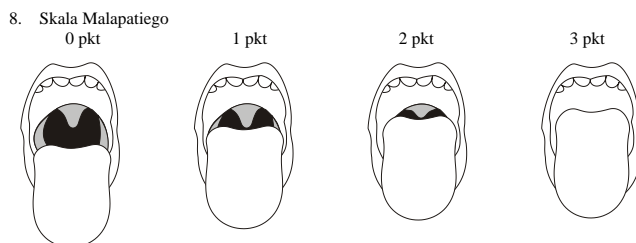
2. Układ oddechowy

3. Ocena ryzyka trudnej intubacji – SKALA WILSONA zmodyfikowana:

1. Masa ciała (w kg)	< 90g 90-110 >110	0 1 2	4. Cofnięta broda	nie umiar silnie	0 1 2	7. Inne: krótka, gruba szyja, radioterapia ok. szyi i g.d.o., duży język, wady wrodzone, guzy, ropnie i rany szyi, obrzęk krtani, zap. nagłośni	3
----------------------	-------------------------	-------------	-------------------	------------------------	-------------	---	---

2. Ruchomość kręgosłupa szyjnego	>90° 90°±10° <90°	0 1 2	5. Wystające zęby	nie umiar silnie	0 1 2
----------------------------------	-------------------------	-------------	-------------------	------------------------	-------------

3. Otwieranie ust	>5cm <5cm <5cm bez subluks.	0 1 2	6. Odległość tarczowo-bródkowa	>6cm ok.6cm <6cm	0 1 2
-------------------	-----------------------------------	-------------	--------------------------------	------------------------	-------------



SUMA pkt.

4. Inne.....

5. Badania laboratoryjne : HGB..... HCT PLT..... Sód.....Potas..... Glukoza

INR.....APTT Czas protrombinowyKreatynina..... TSH FT3..... FT4.....

Grupa krwi Rh

Uwagi lekarza SKALA ASA :

Zalecenia anestezjologiczne:

-
-

Podpis lekarza