

## KONSULTACJA ANESTEZJOLOGICZNA (wypełnia pacjent)

 Pacjent:.....  
 .....

Wiek:.....

**1.Leczenie** Nie

 .....  
 .....  
 .....

**2.Operacje** Nie

 .....  
 .....  
 .....

**3.Powikłania po znieczuleniu:**

Pacjent: .....Nie

Krewni: ..... Nie

**4.Choroby mięśni**

Pacjent: ..... Nie

Krewni: .....Nie

**5.Nadciśnienie tętnicze** Tak Nie

RR.....

**6.Choroby serca** Nie

 .....  
 .....

**7.Choroby płuc i oskrzeli** Nie

 .....  
 .....

**8.Choroby wątroby** Nie

 .....  
 .....

**9.Choroby nerek** Nie

 .....  
 .....

**10.Cukrzyca** Tak Nie
**11.Żylaki kończyn dolnych** Tak Nie
**12.Choroby układu nerwowego** Nie

 .....  
 .....

**13.Choroby psychiczne** Nie

 .....  
 .....

**14.Uczulenia** Nie

 .....  
 .....  
 .....

**15.Inne choroby, urazy** Nie

 .....  
 .....  
 .....

**16.Papierosy** Tak Nie
**17.Badania – uwagi**

 .....  
 .....  
 .....

 ASA.....  
 .....

*Podpis pacjenta*

Pacjenta zakwalifikowano do znieczulenia

*Podpis anestezjolog*