



## KONSULTACJA ANESTEZJOLOGICZNA

(wypełnia pacjent)

Pacjent: .....

Wiek: .....

### 1. Leczenie (czy przewlekłe się na coś leczysz?)

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

### 2. Operacje (jakiegokolwiek, kiedykolwiek przebyte operacje?)

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

### 3. Czy kiedykolwiek miałeś jakieś powikłania po znieczuleniu?

Pacjent TAK / NIE  
Jakie?: .....

Krewni Pacjenta TAK / NIE  
Jakie?: .....

### 4. Choroby mięśni

Pacjent TAK / NIE  
Jakie?: .....

Krewni Pacjenta TAK / NIE  
Jakie?: .....

### 5. Choroby serca (jeżeli tak, to jakie?)

.....  
.....

Nadciśnienie tętnicze TAK / NIE

RR (po wzięciu leków): .....

### 6. Choroby płuc i oskrzeli (jeżeli tak, to jakie?)

.....  
.....

### 7. Choroby wątroby (jeżeli tak, to jakie?)

.....  
.....

### 8. Choroby nerek (jeżeli tak, to jakie?)

.....  
.....

### 9. Choroby układu nerwowego (jeżeli tak, to jakie?)

.....  
.....

### 10. Choroby psychiczne (jeżeli tak, to jakie?)

.....  
.....

### 11. Inne choroby, urazy (jeżeli tak, to jakie?)

.....  
.....

### 12. Czy jesteś na coś uczulony/a? (jeżeli tak, to na co?)

.....  
.....

13. Cukrzyca TAK / NIE

14. Żyłaki kończyn dolnych TAK / NIE

15. Czy palisz papierosy? TAK / NIE

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

(data i czytelny podpis pacjenta)

ASA .....

(podpis anestezyjologa)