



KONSULTACJA ANESTEZJOLOGICZNA

(wypełnia pacjent)

Imię i nazwisko:

Wiek:

Waga:

Wzrost:

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)