



Szpital Miejski w Morągu Spółka z ograniczoną
odpowiedzialnością
14-300 Morąg, Dąbrowskiego 16
REGON: 000306555, NIP: 741-21-25-217

Szpital  **Morąg**

Ankieta anestezjologiczna (wypełnia pacjent)

WAŻNE!

Wypełnioną i podpisaną ankietę anestezjologiczną należy dostarczyć na miesiąc przed planowanym badaniem do punktu rejestracji mieszczącego się przy planowej izbie przyjęć Szpitala Miejskiego w Morągu.

Imię i nazwisko:		Data i godzina badania												
PESEL:	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
Adres:														
Telefon:		Rodzaj badania												
	Wzrost:													
	Waga:													
														

Uczulenia na leki i pokarmy:

Proszę przeczytać poniższe pytanie i zakreślić odpowiednią odpowiedź

Lp.	Pytanie	Odpowiedź
1	Czy leczy się Pan przewlekłe z jakiegoś powodu?	TAK / NIE / NIE WIEM
2	Jeżeli tak, to z jakiego powodu?	
3	Obecnie przyjmowane leki:	
4	Czy był Pan operowany wcześniej?	TAK / NIE / NIE WIEM
5	Jeżeli tak, to z jakiego powodu i jakie było zastosowane znieczulenie?	

6	Czy dobrze zniósł Pan znieczulenie?	TAK / NIE / NIE WIEM
7	Czy miał Pan przetaczaną krew?	TAK / NIE / NIE WIEM
8	Jeśli tak, to kiedy i czy towarzyszyły temu jakieś komplikacje?	
9	Choroby serca (zawał, choroba niedokrwienna serca)?	TAK / NIE / NIE WIEM
10	Nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca, duszność, omdlenia?	TAK / NIE / NIE WIEM
11	Choroby naczyń (żylaki, stany zapalne żył, niedokrwienie kończyn)?	TAK / NIE / NIE WIEM
12	Choroby płuc i dróg oddechowych (astma, rozedma, pylica, gruźlica, przewlekłe zapalenie oskrzeli)?	TAK / NIE / NIE WIEM
13	Choroby żołądka (choroba wrzodowa, zapalenie)?	TAK / NIE / NIE WIEM
14	Choroby wątroby (żółtaczką, WZW, marskość, zapalenie, kamica)?	TAK / NIE / NIE WIEM
15	Choroby układu moczowego (kamica, zapalenie)?	TAK / NIE / NIE WIEM
16	Choroby przemiany materii (cukrzyca, dna moczowa)?	TAK / NIE / NIE WIEM
17	Choroby tarczycy (zapalenie, wole, niedoczynność, nadczynność)?	TAK / NIE / NIE WIEM
18	Choroby oczu (duża wada wzroku, jaskra)?	TAK / NIE / NIE WIEM
19	Choroby układu nerwowego (udar, SM, SLA, miastenia, drgawki, niedowład, porażenie)?	TAK / NIE / NIE WIEM
20	Zmiany nastroju (depresja, nerwica)?	TAK / NIE / NIE WIEM
21	Choroby układu szkieletowego (ból korzonkowy, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa)?	TAK / NIE / NIE WIEM
22	Choroby krwi i układu krzepnięcia, skłonność do krwaków?	TAK / NIE / NIE WIEM
23	Inne schorzenia niewymienione powyżej?	
24	Czy nosi Pan szkła kontaktowe, protezy zębowe?	TAK / NIE / NIE WIEM
25	Czy pali Pan tytoń?	TAK / NIE / NIE WIEM
26	Czy nadużywa Pan alkoholu?	TAK / NIE / NIE WIEM
27	Czy zażywa Pan leki uspokajające, nasenne, substancje psychoaktywne (dopalacze, narkotyki)?	TAK / NIE / NIE WIEM
Dodatkowe informacje:		

Zgoda pacjenta

Oświadczam, że w czasie rozmowy z lekarzem anestezjologiem udzielono mi pełnej informacji na temat znieczulenia, poinformowano mnie również o wszelkich możliwych powikłaniach związanych ze znieczuleniem. Na podstawie uzyskanych informacji wyrażam zgodę na proponowany rodzaj znieczulenia (ogólne lub przewodowe), a także na uzasadnione zmiany formy postępowania anestezjologicznego oraz wszelkie inne konieczne działania związane ze znieczuleniem w tym zmianę lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego, również na zmianę rodzaju znieczulenia.

.....
Podpis lekarza

.....
Podpis pacjenta lub opiekuna prawnego