

**Kwestionariusz Pacjenta - Dorosły**

Prosimy o wypełnienie ankiety przed przybyciem do poradni anestezjologicznej

**INFORMACJE PODSTAWOWE**

Prosimy o przeczytanie poniższej broszury i odpowiedź na wszystkie pytania tak dokładnie jak to możliwe. Wszystkie informacje mają na celu zminimalizowanie ryzyka znieczulenia i zostaną zachowane jako część poufnych danych klinicznych.

Nazwisko:					Imię/Imiona:				
Telefon kontaktowy:					PESEL:				
Rodzaj planowanej operacji:								Oddział	

**KWESTIONARIUSZ ZDROWOTNY**

1. Waga (kg):	2. Wzrost (metry)	3. BMI:	Płeć	<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> M
4. Czy choruje bądź chorował/-ła Pan/-i, na którąś z poniższych chorób: (przy braku miejsca na odpowiedzi prosimy użyć dodatkowej kartki papieru)					
Nadciśnienie tętnicze	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Kiedy: _____	5. Czy Pan/Pani pali/palił/-ła papierosy? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK Jeśli TAK to ile dziennie? Ile lat? Od kiedy nie pali?		
Zawał serca, ból w klatce piersiowej	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Kiedy: _____			
Inne problemy z sercem: zastawki, rozrusznik	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Jaki: _____	6. Czy spożywa Pan/Pani alkohol? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK Jeśli TAK, to jak dużo? Jak często?		
Zaburzenia rytmu serca, migotanie przedsionków	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Jakie: _____			
Problemy z oddychaniem, duszność	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Kiedy: _____	7. Czy spożywa Pan/Pani narkotyki, marihuanę medyczną? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK Jeśli TAK, to jak dużo? Jak często?		
Przewlekłe zapalenie oskrzeli, astma, POChP	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Kiedy: _____			
Czy używa Pan/-ni leków wziewnych	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Jak często: _____	Uwagi:		
Choroba mięśni lub stawów	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Jakiego rodzaju : _____			
Bezdech senny, chrapanie	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Respirator: (T/N) _____			
Refluks jedzenia bądź kwaśne odbijania, zgaga	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Jak często: _____			
Cukrzyca	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Insulina(T/N): __ Tabletki (T/N): __			
Padaczka, udar, inne ch. neurologiczne	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Kiedy: _____			
Omdlenia, niedowłady	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Kiedy: _____			
Demencja, ch. Alzheimera, upośledzenie intelektualne	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Proszę opisać: _____			
Depresja, inne zaburzenia psychiczne	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Proszę opisać: _____			
Ból przewlekły	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Opioidy (T/N): _____			
Zaburzenia krzepnięcia lub zakrzepica żył, żylaki	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Jakie: _____			
Anemia, ch.hematologiczne (białaczka, szpiczak)	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Kiedy: _____			
Wcześniejsze przetoczenia krwi	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Kiedy: _____			
Choroby nerek i ukł. moczowego	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Jakiego rodzaju: _____			
Choroby wątroby	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Jakiego rodzaju: _____			
Choroby zakaźne (np.. HIV, gruźlica itp.)	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Jakiego rodzaju : _____			
Choroby endokrynologiczne (np. tarczycza)	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Jakiego rodzaju : _____			
Choroby metaboliczne	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Jakiego rodzaju : _____			
Choroby dziedziczne w rodzinie	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Jakiego rodzaju : _____			
Inne choroby wyżej nie wymienione	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Jakiego rodzaju : _____			

Nazwisko i Imię pacjenta (naklejka):	P-XXIX-Pr-11-02A
--------------------------------------	------------------

8. Jeśli miały miejsce wcześniej zabiegi operacyjne proszę je wymienić i podać datę (wystarczy miesiąc i rok):

Rodzaj zabiegu/operacji	Data	Rodzaj zabiegu/operacji	Data

9. Jakie leki (włączając w to preparaty ziołowe, leki bez recepty) Pan/Pani zażywa, i w jakiej dawce:

Lek i dawka	Częstość	Lek i dawka	Częstość

10. Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pani/Pana problemy w trakcie znieczulenia?  Tak  Nie

11. Czy kiedykolwiek wystąpiły problemy w trakcie znieczulenia u członka rodziny?  Tak  Nie

12. Jak często w tygodniu Pan/Pani uprawia jakikolwiek sport (aktywność ruchową)?:

Brak  1x  2x  3x  > 3x

13. Na które piętro jest Pan/Pani w stanie wejść bez zadyszki/odpoczynku?:

1 piętro  2 piętro  3 piętra i wyżej

14. Moja aktywność jest ograniczona przez:

Zadyszkę  Ból w klatce piersiowej  Bóle stawów, kończyn dolnych  Nie dotyczy

15. Czy posiada Pan/Pani **alergie na leki**, substancje (LATEKS), inne?  Nie  Tak Jeśli TAK, proszę uszczegółowić.

Substancja	Rodzaj reakcji

16. Czy mają Państwo wiedzę o występowaniu jakichś poważnych chorób wśród swoich krewnych? Np. hipertermia złośliwa, dystrofia mięśniowa.  Tak  Nie Jeśli TAK, proszę uszczegółowić.

17. Czy chorują Państwo na jakąś chorobę niewymienioną wcześniej, o której uważają Państwo, że powinniśmy wiedzieć?  Tak  Nie Jeśli TAK, proszę uszczegółowić.

18. Czy ma Pan/Pani jakieś obawy lub pytania dotyczące swojego znieczulenia?  Tak  Nie Jeśli TAK, proszę uszczegółowić.

19. Tylko Kobiety - Czy jest Pani albo mogłaby być w ciąży?  Tak  Nie

<b>PODPIS</b>			
Udzielam zgody na dostęp do mojej dokumentacji medycznej i wyników badań w celu udzielenia pomocy w moim znieczuleniu			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Powyzsze szczegoly zostaly uzupelnione przez:	<input type="checkbox"/> pacjenta	<input type="checkbox"/> opiekuna	<input type="checkbox"/> krewnego <input type="checkbox"/> Inne (prosze okreslic:)
Podpis pacjenta	Data		Podpsi i pieczatka anestezjologa

Prosimy zabrać ze sobą do szpitala/na wizytę w poradni anestezyjologicznej wszystkie zażywane leki i suplementy diety.