

Imię

Nazwisko

PESEL

Wzrost cm Waga kg

RR /

TĘTNO min

Rozpoznanie:

Rodzaj zabiegu:

		TAK	NIE
Czy jest Pan/Pani w trakcie leczenia ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeśli tak, to na jakie schorzenie, z jakiego powodu?			
Jakie leki Pan/ Pani obecnie przyjmuje (wymienić)			
Czy był(a) Pan/Pani operowana?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeśli tak, to jakie operacje i w jakich latach?			
Czy dobrze zniósł(a) Pan/Pani znieczulenie?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy miał(a) Pan/Pani transfuzję krwi?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy dobrze zniósł(a) Pan/ Pani transfuzję krwi?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BADANIE PRZEDMIOTOWE:			
Choroby układu krążenia:	Choroba niedokrwienna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zawał	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zapalenie mięśnia sercowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zaburzenia rytmu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Niewydolność krążenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wada serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciśnienie krwi:	niskie / wysokie	Jakie?	
Choroby naczyń:	Żylaki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zapalenie żył	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choroby układu oddechowego:	Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	POCHP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zapalenie płuc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zapalenie oskrzeli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gruźlica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rozedma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pylica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choroby układu pokarmowego:	Choroba wrzodowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Przepuklina rozworu przełykowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zapalenie błony śluzowej żołądka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Żółtaczka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choroby układu moczowego:	Stłuszczenie wątroby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zapalenie nerek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kamica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choroby przemiany materii:	Trudności w oddawaniu moczu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cukrzyca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dna moczanowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choroby tarczycy:	Nadczynność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wole obojętne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choroby oczu:	Niedoczynność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Jaskra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zaćma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Choroby układu nerwowego:	Udar		
	Porażenie		
	Drgawki		
Zmiany nastroju:	Deprejsa		
	Nerwica		
Choroby narządu ruchu:	Zmiany kręgosłupa		
	Zmiany stawów		
	Bóle korzeniowe		
	Oslabienie mięśni		
Choroby krwi i układu krzepnięcia			
Uczulenia -na co?			
Czy kiedykolwiek wystąpiła utrata przytomności?			
z jakiego powodu?			
Inne schorzenia			
Czy jest Pani w ciąży?			
Czy nosi Pan/ Pani protezy zębowe?			
Czy nosi Pan/ Pani szkła kontaktowe?			
Czy nosi Pan/ Pani aparat słuchowy?			
Czy pali Pan/ Pani papierosy? Jeśli tak, to ile dziennie?			
Czy pije Pan/ Pani alkohol?			
Czy zażywa Pan/ Pani środki uspokajające?			
Czy zażywa Pan/ Pani narkotyki, środki odurzające?			
Uwagi:			

BADANIE PRZEDMIOTOWE:

Klasyfikacja w skali ASA W skali Mallampatie o Ruchomość głowy

Otwieranie ust Programy specjalistyczne.....

Końcowa ocena anestezjologiczna

Kwalifikacja do znieczulenia: TAK NIE UWAGI

Proponowana premedykacja

ZGODA PACJENTA NA ZNIECZULENIE:

Wyrażam zgodę na proponowane znieczulenie ogólne/regionalne/miejscowe do zabiegu

.....
czytelny podpis pacjenta

oraz towarzyszące temu postępowanie w niezbędnych przypadkach (infuzje, transfuzje, leczenie krążeniowe, oddechowe, wkłucie do żyły centralnej, cewnikowanie pęcherza) w czasie i po zabiegu. Zgadzam się na uzasadnione zmiany lub rozszerzenia postępowania anestezjologicznego (w tym na zmianę rodzaju znieczulenia).
Oświadczam, że zapoznałem/am się z ewentualnymi powikłaniami, które mogą wystąpić po zastosowaniu zaproponowanego rodzaju znieczulenia, opisanymi w informacjach o rodzaju znieczuleń.

.....
data, miejscowość

.....
czytelny podpis pacjenta

UWAGI DOTYCZĄCE PRZEBIEGU ZNIECZULENIA:

DATA

PIECZĄTKA I PODPIS LEKARZA ANESTEZJOLOGA

DATA PRZYJĘCIA KARTY.....

PODPIS PRZYJMUJĄCEGO.....

Medical - Zdrowie pod kontrolą