

**ANKIETA PRZEDOPERACYJNA**  
(wypełnioną Ankiety proszę przekazać anestezjologowi)

Nazwisko..... Imię.....

wiek.....lat,                      wzrost.....cm,                      waga.....kg

Czy pali Pan/Pani papierosy ?                       nie                       tak..... sztuk/ dziennie

Czy nosi Pan/Pani aparat słuchowy                       nie                       tak

Czy nosi Pan /Pani soczewki                       nie                       tak

Czy ma Pan/Pani protezę zębową ?                       nie                       tak

Czy ma Pan?Pani chwiejące się zęby ?                       nie                       tak

1 4 3 2 1 2 3 4 4 3 2 1 1 2 3 4
------------------------------------

Czy był/a Pan/Pani już operowana ?                       nie                       tak

.....  
.....

Czy zdarzyło się coś szczególnego w trakcie przebytych operacji                       nie                       tak

.....  
.....

Czy u członków Pana?Pani rodziny zdarzyły się podczas znieczulenia jakieś problemy ?

nie                       tak .....

Czy jest Pani w ciąży? (Dotyczy kobiet w wieku rozrodczym)                       nie                       tak

**CZY LECZY SIĘ PAN/PANI Z POWODU KTÓREJŚ Z WYMIENIONYCH PONIŻEJ CHOROÓB :**

**Serca (np. zawał m. sercowego, choroba wieńcowa, wady serca, zapalenie mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu )?**

nie                       tak .....

**Naczyn i układu krążenia (np. zbyt niskie lub wysokie ciśnienie tętnicze, żyłaki, zakrzepy żył)?**

nie                       tak .....

**Płuc i dróg oddechowych ( np. astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli, gruźlica,zapalenie oskrzeli lub zapalenie płuc, rozedma)**

nie                       tak .....

**Wątroby (np. wirusowe zapalenie wątroby, żółtaczką)?**

.....

**Nerek (np. zapalenie nerek, kamica nerkowa)?**

nie     tak .....

**Przewodu pokarmowego (np. żołądka, jelit )?**

nie     tak .....

**Tarczycy (np. wole, nadczynność, niedoczynność)?**

nie     tak

**Przemiany materii (np. cukrzyca)?**

nie     tak

**Neurologicznych (np. niedowłady, padaczka)?**

nie     tak.....

**Psychicznych (np. depresja)?**

nie     tak.....

**Krzepnięcia krwi (skłonność do krwawień)**

nie     tak

**układu kostnego (np. uszkodzeń kręgosłupa, stawów)?**

nie     tak .....

**Mięśni (np. osłabienie mięśni)?**

nie     tak

**Czy istnieją choroby mięśni u członków najbliższej rodziny ?**

nie     tak

**Uczuleń (np. katar sienny, nadwrażliwość na pokarmy, leki, plastry)?**

nie     tak.....

**Czy przyjmuje Pan/Pani jakieś leki :**

nie     tak

**Czy przyjmuje Pan/Pani jakieś leki:**

.....

.....  
**Inne choroby i problemy nie wymienione wcześniej. Proszę o bliższe informacje.**

.....

.....  
**Wypadki komunikacyjne, urazy**

.....

**Data.....**

**Podpis.....**