

Anesteziologický dotazník

Jméno a příjmení:..... Rodné číslo.....

Bydliště:..... Pojišťovna:.....

Diagnoza:..... Hmotnost:.....

Plánovaný výkon:..... Dne:.....

Objednávající lékař:..... Datum:.....

Máte vysoký krevní tlak? ano - ne

Léčíte se proto? ano – ne

Které léky pro vysoký krevní tlak užíváte?

Léčil/a/ jste se pro srdeční infarkt? ano – ne

Kdy:

Léčíte se pro jiné srdeční onemocnění ? ano – ne

Které léky na toto onemocnění užíváte?

Trpíte přecitlivělostí – alergií? ano – ne

Na které látky?

Jste dušný/á/? ano - ne

V klidu? ano – ne

Při námaze? ano – ne

Léčíte se pro průduškové astma? ano – ne

Pro jiné plicní onemocnění? ano – ne

Které léky pro toto onemocnění užíváte ?

Míváte časté záněty dýchacích cest? ano – ne

Prodělal/a/ jste infekční žloutenku? ano – ne

Kdy?

Léčíte se pro cukrovku? ano – ne

Jak se léčíte?

Trpíte nějakou oční chorobou? ano - ne

Jakou?

Léčíte se pro onemocnění štítné žlázy? ano - ne

Kterými léky?

Léčíte se po epilepsii? ano – ne
Které léky užíváte?

Máte vyjímatelnou zubní protézu? ano – ne

Kouříte? ano – ne
Kolik denně?

Pijete alkohol? ano- ne
Pravidelně? ano – ne
Druh / i pivo/
Kolik denně?

Berete drogy? ano – ne
Jaké a jakou formou?

Užíváte některé jiné léky, které jste dosud neuvedl/a/? ano – ne
Které?

Prodělal/a/ jste některé jiná závažná onemocnění? ano – ne
Která?

Byla Vám již podána narkoza? ano – ne
Vyskytly se nějaké komplikace? ano – ne
Jaké?

Máte z operace strach? ano – ne

Jakékoli nejasnosti či pochyby si zaznamenejte a zeptejte se anesteziologa při vyšetření před výkonem a narkozou.

Anesteziologický závěr:

.....
Podpis anesteziologa

.....
Podpis pacienta

.....
datum