

ANESTEZIOLOGICKÝ DOTAZNÍK

příjmení:.....jméno: .....RČ.....zdrav. poj.:.....

bydliště:..... tel.: .....

plánovaný zákrok: .....věk: .....

Jaké operace jste již prodělal/a/ a v jaké anestézii (analgosedace, místní, svodná, celková)

.....

Víte o nějakých komplikacích u Vás během operace nebo po operaci? (popište je):

.....

Zaškrtněte "x" ANO nebo NE, event. podtrhněte, co se hodí:

	ANO	NE
1. Léčíte se se srdcem (zadýchávání při námaze, bolesti za hrudní kostí, otoky nohou, stav po infarktu, poruchy srdečního rytmu).....	0	0
2. Léčíte se na vysoký tlak (jak dlouho).....	0	0
3. Trpíte průduškovým astmatem.....	0	0
4. Prodělal /a/ jste TBC plic, zápal plic .....	0	0
5. Léčíte se s cukrovkou (dieta, tablety, inzulín).....	0	0
6. Léčíte se se štítnou žlázou .....	0	0
7. Léčil/a/ jste se někdy na onemocnění ledvin (záněty, kameny).....	0	0
8. Mate potíže s prostatou .....	0	0
9. Léčil/a/ jste se někdy pro onemocnění jater (žloutenka, mononukleóza) .....	0	0
10. Trpíte na vředovou chorobu žaludku, dvanáctníku nebo potíže se slinivkou .....	0	0
11. Trpíte neurologickým onemocněním (epilepsie, myastenie, bolesti hlavy, obrny nervů, stav po mrtvičce, stav po borelióze, po operaci plotének, páteře...).....	0	0
12. Máte křečové žíly, záněty žil (trombóza, embolie).....	0	0
13. Užíval/a/ jste někdy hormonální léky (Prednison, Hydrocortison, Pulmicort...) .....	0	0
14. Léčíte se na zelený zákal (glaukom)- zvýšený tlak v očích .....	0	0
15. Trpíte nějakou alergií? – na co .....	0	0
16. Měl/a/ jste někdy delší krvácení (z nosu, po vytržení zubu, po zranění), dostal jste někdy transfúzi? .....	0	0
17. Léčil/a/ jste se někdy na onkologii, byl/a jste ozařován/a/, zhubl/a/ jste hodně v posledním ½ roce? .....	0	0
18. Měl někdo z Vašich pokrevních příbuzných komplikace během anestézie (například nejasné úmrtí při operaci) .....	0	0
19. Máte po černé kávě pocit ztuhlosti kolem úst .....	0	0
20. Máte uvolněné zuby nebo snímatelnou zubní náhradu, kontaktní čočky, naslouchadlo? .....	0	0

- |     |  |   |   |
|-----|--|---|---|
| 21. | Kouříte, používáte více alkohol nebo máte jiné závislosti (léky na spaní, drogy),<br>léčíte se na psychiatrii? ..... | 0 | 0 |
| 22. | Máte nějaké další event. neléčené obtíže, které zde nebyly uvedeny? .....  | 0 | 0 |
| 23. | Je možnost, že byste byla těhotná? Máte opožděnou menstruaci? .....  | 0 | 0 |
| 24. | Užíváte antikoncepci? .....  | 0 | 0 |
| 25. | Užíváte nyní některé léky? Které a jak? .....  | 0 | 0 |

Pročetl jsem informační leták, porozuměl jsem všem doporučením a jsem schopen a ochoten je dodržet.

V dotazníku jsem nic nezamířel.

Všechny mé dotazy byly zodpovězeny.

By! jsem poučen a všech možnostech, rizicích a komplikacích.

Souhlasím s provedením výkonu v: analgosedaci - místní - svodné - celkové anestézii.

Souhlasím také s event. provedením dalších zákroků, které by se během výkonu ukázaly jako nezbytné (život zachraňující).

Jméno lékaře – anesteziologa, který pacienta poučil:

MUDr. ....

Podpis lékaře – anesteziologa: .....

Datum: .....

Podpis pacienta: .....