



Przebyte operacje:

- a) .....rok.....  
 rodzaj znieczulenia:     całkowite (usypianie)             w kręgosłup
- b) .....rok.....  
 rodzaj znieczulenia:     całkowite (usypianie)             w kręgosłup
- c) .....rok.....  
 rodzaj znieczulenia:     całkowite (usypianie)             w kręgosłup
- d) .....rok.....  
 rodzaj znieczulenia:     całkowite (usypianie)             w kręgosłup

Czy dobrze zniósł Pan(i) znieczulenie? Jeśli NIE to jakie problemy wystąpiły w trakcie lub po znieczuleniu? .....	TAK	NIE	NIE WIEM
Czy u Pan(i) krewnych wystąpiły kiedyś powikłania związane ze znieczuleniem? Jakie? .....	TAK	NIE	NIE WIEM

Czy pije Pan(i) alkohol?	<input type="checkbox"/> Co 1÷2 dni	<input type="checkbox"/> 1 x na tydzień	<input type="checkbox"/> okazjonalnie	<input type="checkbox"/> NIE
Czy pali Pan(i) papierosy? Ile dziennie? ..... Jak długo?..... Od kiedy Pan(i) nie pali?.....	TAK	NIE	RZADKO	
Czy zażywa Pan(i) rekreacyjne środki odurzające? Jakie?.....	TAK	NIE	RZADKO	

Czy nosi Pan(i): <input type="checkbox"/> protezy zębowe <input type="checkbox"/> soczewki kontaktowe <input type="checkbox"/> aparat słuchowy <input type="checkbox"/> Inne .....	Czy posiada Pan(i) uczulenia: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> na leki/kontrast: ..... reakcja:..... <input type="checkbox"/> na pokarmy : ..... reakcja:..... <input type="checkbox"/> inne: ..... reakcja:.....
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Kobiety:**

Czy jest Pani w ciąży	TAK	NIE
Czy karmi Pani piersią?	TAK	NIE
Czy stosuje Pani hormonalne środki antykoncepcyjne lub hormonalną terapię zastępczą ?	TAK	NIE

**Proszę zaznaczyć krzyżykiem (x) choroby, które Pana/Pani dotyczą:**

Choroby serca:	<input type="checkbox"/> NIE
<input type="checkbox"/> zawał serca w przeszłości - kiedy? .....	
<input type="checkbox"/> stenty w naczyniach serca - kiedy?.....	
<input type="checkbox"/> choroba niedokrwienna serca (inaczej choroba wieńcowa)	
<input type="checkbox"/> wady serca - jakie?.....	
<input type="checkbox"/> wady zastawek	
<input type="checkbox"/> rozrusznik	
<input type="checkbox"/> migotanie przedsionków	
<input type="checkbox"/> inna arytmia - jaka? .....	
<input type="checkbox"/> inne.....	

<p><b>Choroby układu krążenia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> nadciśnienie tętnicze</li> <li><input type="checkbox"/> omdlenia</li> <li><input type="checkbox"/> duszność/bóle w klatce piersiowej w spoczynku</li> <li><input type="checkbox"/> duszność/bóle w klatce piersiowej przy wysiłku</li> <li><input type="checkbox"/> tętniaki naczyń - jakich? .....</li> <li><input type="checkbox"/> miażdżyca</li> <li><input type="checkbox"/> stenty w naczyniach - jakich? .....</li> <li><input type="checkbox"/> zapalenie żył - kiedy? .....</li> <li><input type="checkbox"/> zakrzepy w żyłach</li> <li><input type="checkbox"/> żylaki</li> <li><input type="checkbox"/> inne.....</li> </ul>	<input type="checkbox"/> NIE
<p><b>Choroby płuc i dróg oddechowych:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> astma</li> <li><input type="checkbox"/> przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP)</li> <li><input type="checkbox"/> zatorowość płucna w przeszłości - kiedy?.....</li> <li><input type="checkbox"/> bezdech senny - czy stosuje Pan(i) CPAP?.....</li> <li><input type="checkbox"/> inne.....</li> </ul>	<input type="checkbox"/> NIE
<p><b>Choroby przewodu pokarmowego:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> zapalenie żołądka</li> <li><input type="checkbox"/> choroba wrzodowa</li> <li><input type="checkbox"/> refluks żołądkowo-przełykowy</li> <li><input type="checkbox"/> nudności i wymioty w ostatnim czasie - od jak dawna?.....</li> <li><input type="checkbox"/> choroba Leśniowskiego-Crohna/wrzodziejące zapalenie jelita grubego</li> <li><input type="checkbox"/> inne.....</li> </ul>	<input type="checkbox"/> NIE
<p><b>Choroby wątroby:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> stłuszczenie</li> <li><input type="checkbox"/> marskość</li> <li><input type="checkbox"/> inne.....</li> </ul>	<input type="checkbox"/> NIE
<p><b>Choroby przemiany materii:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> cukrzyca</li> <li><input type="checkbox"/> przyjmuję insulinę</li> <li><input type="checkbox"/> przyjmuję leki sterydowe</li> <li><input type="checkbox"/> inne: .....</li> </ul>	<input type="checkbox"/> NIE
<p><b>Choroby układu moczowego:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> niewydolność nerek</li> <li><input type="checkbox"/> dializy - jak często?.....od kiedy?.....</li> <li><input type="checkbox"/> kamica nerkowa</li> <li><input type="checkbox"/> trudności w oddawaniu moczu - jakie? .....</li> <li><input type="checkbox"/> choroby prostaty</li> <li><input type="checkbox"/> inne.....</li> </ul>	<input type="checkbox"/> NIE
<p><b>Choroby tarczycy:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> wole</li> <li><input type="checkbox"/> niedoczynność/nadczynność</li> <li><input type="checkbox"/> stan po usunięciu tarczycy - kiedy?.....</li> <li><input type="checkbox"/> inne.....</li> </ul>	<input type="checkbox"/> NIE
<p><b>Choroby oczu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> jaskra</li> <li><input type="checkbox"/> inne: .....</li> </ul>	<input type="checkbox"/> NIE

<p>Choroby układu nerwowego:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> niedowład</li> <li><input type="checkbox"/> udar w przeszłości</li> <li><input type="checkbox"/> utraty przytomności</li> <li><input type="checkbox"/> uraz głowy w przeszłości</li> <li><input type="checkbox"/> padaczka</li> <li><input type="checkbox"/> guz mózgu</li> <li><input type="checkbox"/> tętniaki mózgu</li> <li><input type="checkbox"/> operacje głowy w przeszłości</li> <li><input type="checkbox"/> inne.....</li> </ul>	<input type="checkbox"/> NIE
<p>Zaburzenia psychiczne:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> depresja</li> <li><input type="checkbox"/> nerwica</li> <li><input type="checkbox"/> inne.....</li> </ul>	<input type="checkbox"/> NIE
<p>Choroby układu ruchu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> zapalenie stawów (reumatoidalne, łuszczycowe, zeszywniające)</li> <li><input type="checkbox"/> choroby/operacje kręgosłupa - jakie? .....</li> <li><input type="checkbox"/> ograniczenia w poruszaniu się - jakie? .....</li> <li><input type="checkbox"/> inne.....</li> </ul>	<input type="checkbox"/> NIE
<p>Choroby krwi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <u>zażywam leki na rozrzedzenie krwi (przeciwwzakrzepowe) - jakie?.....</u></li> <li><input type="checkbox"/> anemia</li> <li><input type="checkbox"/> skłonność do krwawień i siniaków</li> <li><input type="checkbox"/> skaza krwotoczna (np. hemofilia)</li> <li><input type="checkbox"/> inne.....</li> </ul>	<input type="checkbox"/> NIE
<p>Choroby nowotworowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> obecnie trwające – jakie?.....</li> <li><input type="checkbox"/> w przeszłości – jakie?.....</li> <li><input type="checkbox"/> chemioterapia w przeszłości - kiedy?.....</li> <li><input type="checkbox"/> radioterapia w przeszłości - kiedy? .....</li> </ul>	<input type="checkbox"/> NIE
<p>Choroby zakaźne:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> HCV</li> <li><input type="checkbox"/> HBV</li> <li><input type="checkbox"/> HIV</li> <li><input type="checkbox"/> nosicielstwo bakterii wielolekoopornych, jakich?.....</li> <li><input type="checkbox"/> inne.....</li> </ul>	<input type="checkbox"/> NIE
<p>Inne choroby :</p>	

**Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą i że nie zataiłam/-em w ankiecie żadnych informacji na temat mojego stanu zdrowia**

Podpis Pacjenta / Przedstawiciela Ustawowego.....

(pieczęć lek..).....

# Wypełnia anesteziolog

## Badanie fizykalne

Układ krążenia	<input type="checkbox"/> w normie	<input type="checkbox"/> odchylenia:
Układ oddechowy	<input type="checkbox"/> w normie	<input type="checkbox"/> odchylenia:

<b>Badania laboratoryjne z dnia.....</b> <input type="checkbox"/> grupa krwi <input type="checkbox"/> WBC <input type="checkbox"/> Hb <input type="checkbox"/> Hct <input type="checkbox"/> Plt <input type="checkbox"/> Na+ <input type="checkbox"/> K+	<b>Badania laboratoryjne:</b> <input type="checkbox"/> kreatynina/GFR <input type="checkbox"/> INR <input type="checkbox"/> aPTT <input type="checkbox"/> CRP/PCT <input type="checkbox"/> glukoza <input type="checkbox"/> inne .....
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Drogi oddechowe:

	Cecha	0 punktów	1 punkt	2 punkty
1	Otwieranie ust	> 4 cm	< 4 cm	
2	Odległość tarczowo-bródkowa	> 6.5 cm	6 - 6.5 cm	< 6 cm
3	Mallampati	I lub II	III	IV
4	Ruchomość szyi	> 90'	80 – 90'	< 80'
5	Wysunięcie dolnych zębów	możliwe	niemożliwe	
6	Masa ciała	< 90 kg	90 - 110 kg	> 110 kg
7	Poprzednie intubacje	bez trudności	Niepełne /brak danych	trudna intubacja
	Wynik > 4 = RYZYKO TRUDNEJ INTUBACJI			

## Uzębienie:

- proteza górna
- proteza dolna
- implanty: GÓRA/DÓŁ
- zęby ruchome GÓRA/DÓŁ

**ASA:    I        II        III        IV        E**

Kiedy ostatnio jadł: .....

Kiedy ostatnio pił: .....

Kiedy ostatnia dawka leków p/zakrzepowych:.....

Kiedy ostatnia dawka insuliny/leków p/cukrzycowych:.....

## Planowany rodzaj znieczulenia:

- ogólne dotchawicze
- ogólne dożylnie
- podpajęczynówkowe
- zewnątrzoponowe
- blokada regionalna:.....
- +/- linia tętnicza
- +/- CVC
- inne.....

L.p	Konsultacje	Posiada	Do wykonania
1.	Lek. rodzinny		
2.	Kardiologiczna		
3.	Pulmonologiczna		
4.	Endokrynologiczna		
5.	Reumatologiczna		
6.	Laryngologiczna		
7.	Nefrologiczna		
8.	Stomatologiczna		
9.	Ginekologiczna		
10.	Neurologiczna		
11.			

L.p	Badania dodatkowe	Posiada	Do wykonania
1.	EKG		
2.	RTG		
3.	ECHO SERCA		
4.	USG		
5.	TOMOGRAFIA		
6.			
7.			

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

Data, godzina..... (pieczętka lek.).....

**Badanie fizykalne po przyjęciu do leczenia operacyjnego:** .....

Układ krążenia	<input type="checkbox"/> w normie	<input type="checkbox"/> odchylenia:
Układ oddechowy	<input type="checkbox"/> w normie	<input type="checkbox"/> odchylenia:

Data, godzina..... (pieczętka lek.).....