

Anesteziologický dotazník

Jméno a příjmení pacienta: _____ Rodné číslo: _____

Pojišťovna: _____ Telefon: _____

Adresa: _____

Abychom co možná nejvíce snížili riziko, prosíme Vás o vyplnění dotazníku:

Kolik vážíte a měříte?kgcm
Léčíte se vysokým krevním tlakem?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Zadýcháváte se při chůzi do schodů?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Měl/a jste srdeční infarkt?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Léčíte se pro jiné srdeční onemocnění?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Léčíte se pro nemoci průdušek, astma, rozedmu?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Míváte často rýmu, angíny, chřipky? Kdy naposled?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Prodělal/a jste infekční žloutenku?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Trpíte cukrovkou?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Léčíte se pro onemocnění štítné žlázy?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Máte nějakou oční chorobu? Šedý nebo zelený zákal?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Objevilo se Vám někdy po vypití kávy nebo coca-coly trnutí kolem úst?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Léčíte se na epilepsii?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Alergie-senná rýma?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Přecitlivělost na potraviny?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Duševní choroby?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Onemocnění krve, poruchy srážení krve?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Máte ještě jiné choroby?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Máte zubní protézu nebo pevné můstky?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Kouříte? Pokud ano, kolik denně?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Pijete alkohol?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> zřídka <input type="checkbox"/> pravidelně
Pro ženy: jste těhotná?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Byl/a jste někdy operován/a? Jaké operace a kdy?.....	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Snesl/a jste anestézii dobře? Jaké byly obtíže?.....	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Máte strach z operace?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Jaké léky užíváte?	

Předoperační vyšetření anesteziologem	Doporučení
	ASA:
Premedikace: Jméno a podpis ordinujícího lékaře: Datum:	Provedení: Jméno a podpis sestry: Datum, čas podání: