

Nazwisko Imię ..... Data .....  
Data urodzenia ..... wzrost ..... waga .....

Ankieta przeznaczona jest wyłącznie do celów medycznych,  
związanych z planowanym znieczuleniem anestetycznym do badania lub zabiegu

**PRAWIDŁOWĄ ODPOWIEDŹ NALEŻY ZAZNACZYĆ KRZYŻYKIEM (X)**

Planowany zabieg:

Gastroskopia       Kolonoskopia       Sigmoidoskopia

1. Czy przyjmuje Pan/Pani leki:  Tak, nazwa, dawka, od kiedy?   
nie .....  
.....  
.....

2. Czy był/a Pan/Pani kiedyś operowany/a, kiedy i z jakiego powodu ?  
 Tak, proszę wymienić        
nie .....  
.....  
.....

3. Czy obserwowano podczas znieczulenia szczególne reakcje?  
 Tak, proszę wymienić        
nie .....

4. Choroby serca: czy przebył/a Pan/Pani zawał mięśnia sercowego, zapalenie mięśnia sercowego, czy ma Pan/Pani wadę serca, zaburzenia rytmu, inne?  
 Tak, proszę wymienić        
nie .....

.....5. Choroby krążenia: czy choruje Pan/Pani na nadciśnienie tętnicze, choroby naczyń krwionośnych?  
 Tak, proszę wymienić       nie  
.....  
.....

6. Choroby naczyń: czy przebył/a Pan/Pani zapalenie żył powierzchownych, głębokich, czy występują u Pana/i bóle łydek?  
 Tak, proszę wymienić       nie  
.....

7. Choroby dróg oddechowych: czy choruje Pan/Pani na astmę, przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozedmę płuc, pylicę, zapalenie płuc, gruźlicę?  
 Tak, proszę wymienić       nie  
.....

8. Choroby wątroby: czy przebył/a Pan/Pani wirusowe zapalenie wątroby, żółtaczkę, czy choruje Pan/Pani na marskość wątroby?  Tak, proszę wymienić  nie

9. Choroby nerek: czy chorował/a Pan/Pani na kamice moczową, zapalenie nerek, zakażenia dróg moczowych?  Tak, proszę wymienić  nie

10. Choroby endokrynologiczne: czy chorował/a Pan/Pani na choroby przysadki, tarczycy, przytarczyc, nadnerczy, inne?  Tak, proszę wymienić  nie

11. Choroby przemiany materii: czy choruje Pan/Pani na cukrzycę, dnę, inne?

Tak, proszę wymienić  nie

12. Choroby oczu: czy choruje Pan/Pani na jaskrę, zaćmę, wadę wzroku?

Tak, proszę wymienić  nie

13. Choroby neurologiczne: czy choruje Pan/Pani na padaczkę, czy przebył/a Pan/Pani udar mózgowy, czy ma Pan/Pani niedowład, porażenie kończyn dolnych, górnych, połowicy, miastenię, stwardnienie rozsiane, inne?  Tak, proszę wymienić  nie

14. Choroby krwi i układu krzepnięcia: czy choruje Pan/Pani na hemofilię, inne schorzenia układu krwiotwórczego i krwionośnego?, czy ma Pan/Pani zwiększoną skłonność do siniaków, krwawień?

Tak, proszę wymienić  nie

15. Uczulenia: czy jest Pan/Pani uczulona na leki (proszę podać nazwę leku), artykuły spożywcze, środki 3 dezynfekcyjne, środki kontrastowe, inne?  Tak, proszę wymienić  nie

16. Czy w Pana/Pani rodzinie ktoś chorował na schorzenia mięśni, gorączkę złośliwą?)

Tak, proszę wymienić  nie

17. Używków lub leki uspokajające

tak  tytoń  nie

tak  alkohol  nie

tak  inne używki  nie

tak  leki uspokajające i nasenne: nazwa, dawka, od kiedy?  nie

18. Uzębienie: czy ma Pan/Pani protezy zębowe, chwiejące się zęby?  tak  nie

19. Czy jest Pani w ciąży?  tak  nie

20. Czy karmi Pani piersią?  tak  nie

21. Czy chorował/a Pan/Pani na wirusowe zapalenie wątroby (żółtaczka zakaźna typu A, B, C, inne)

Tak, proszę wymienić:   
nie .....

22. Czy kiedykolwiek stwierdzono markery zapalenia wątroby (np. HBs, HCV ?)

Tak, proszę wymienić:  nie

23. Czy był/a Pan/Pani szczepiony/a przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby  Tak kiedy?  nie

24. Czy stwierdzono u Pana/Pani zakażenie HIV ?  tak  nie

25. Czy kiedykolwiek przeprowadzono u Pana/Pani przetoczenie krwi lub preparatów krwio pochodnych?  Tak, kiedy?   
nie .....

26. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy był Pan/Pani leczony/a w innym szpitalu?

Tak, kiedy?   
nie .....

27. Czy w ciągu 6 miesięcy miał/a Pan/Pani wykonywane zabiegi stomatologiczne, akupunktury, kosmetyczne (np. tatuaż, kolczykowanie) lub inne, w czasie których mogło dojść do skaleczenia (np. fryzjerskie)  Tak, proszę wymienić:  nie

Zgadzam się na proponowaną formę znieczulenia w sedacji dożylniej.

### **INFORMACJE DLA PACJENTÓW, U KTÓRYCH ZABIEG BYŁ WYKONANY W ZNIECZULENIU ANESTEZJOLOGICZNYM**

**PO ZABIEGU W ZNIECZULENIU ANESTEZJOLOGICZNYM, OBOWIĄZUJE PANIĄ/PANA POWRÓT DO DOMU Z OSOBĄ ODPOWIEDZIALNĄ, SPRAWNĄ.**

**W CIĄGU 12 GODZIN PO ZNIECZULENIU NIEDOZWOLONE JEST:**

- **PROWADZENIE SAMOCHODU I INNYCH POJAZDÓW**
- **OBŚŁUGA SKOMPLIKOWANYCH URZĄDZEŃ I MASZYN**
- **PICIE ALKOHOLU**
- **PODEJMOWANIE WAŻNYCH DECYZJI OSOBISTYCH I SŁUŻBOWYCH**

.....  
data i czytelny podpis pacjenta

.....  
podpis lekarza kwalifikującego