

INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA

Wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą lekarską i służą trosce o Państwa bezpieczeństwo. Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. W przypadku trudności z odpowiedzią proszę pominąć pytanie i wyjaśnić **wątpliwości z lekarzem prowadzącym**.

Poniższe pytania służą do zebrania informacji koniecznych do wybrania właściwego sposobu leczenia oraz wybrania odpowiedniego znieczulenia przed zabiegiem.

..... PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwisko, imię pacjenta

Czy choruje lub chorowało na którąś z następujących chorób? (jeśli tak to proszę podać od jak dawna i jakie leki Pani/Pan przyjmuje):

choroby serca i naczyń (wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego, inne)

TAK ☐ NIE ☐

inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności)

TAK ☐ NIE ☐

choroby płuc (astma, POCHP, inne)

TAK ☐ NIE ☐

choroby wątroby (żółtaczka, inne)

TAK ☐ NIE ☐

cukrzycę

TAK ☐ NIE ☐

padaczkę

TAK ☐ NIE ☐

chorobę nowotworową,

TAK ☐ NIE ☐

choroby psychiczne (np. depresja, inne)

TAK ☐ NIE ☐

choroby krwi i układu krzepnięcia

TAK ☐ NIE ☐

choroby zakaźne

TAK ☐ NIE ☐

HIV (AIDS)

TAK ☐ NIE ☐

żółtaczka zakaźna C

TAK ☐ NIE ☐

żółtaczka zakaźna B

TAK ☐ NIE ☐

gruźlica

TAK ☐ NIE ☐

Czy miał/a Pani/Pan kiedykolwiek wykonywaną bronchoskopię, jeśli tak to kiedy?

TAK ☐ NIE ☐

Czy miał/a Pani/Pan przebyt zabieg operacyjny , jeśli tak, to jaki i w którym roku?

TAK ☐ NIE ☐

Czy miał/a Pani/Pan kiedykolwiek stosowane znieczulenie miejscowe?

TAK ☐ NIE ☐

Czy podczas znieczulenia wystąpiły jakieś powikłania?

TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to proszę podać szczegóły.

Czy jest Pani/Pan uczulony na jakieś leki, pokarmy, środki chemiczne lub inne substancje?

Jeśli tak, to czym się objawiają i jakie leki Pani/Pan przyjmuje.

TAK ☐ NIE ☐

Czy pali Pani/Pan papierosy? Jeśli tak to od jak dawna i ile.

TAK ☐ NIE ☐

Czy pije Pani/Pan napoje alkoholowe? Jeśli tak to jak często i w jakiej ilości.

TAK ☐ NIE ☐

Czy miał/a Pani/Pan zabiegi kosmetyczne (tatuaż, kolczyk), jeśli tak to kiedy?

TAK ☐ NIE ☐

Czy miał/a Pani/Pan kiedykolwiek wykonywaną gastroskopię, jeśli tak to kiedy?

.....

TAK ☐ NIE ☐

Czy miał/a Pani/Pan kiedykolwiek wykonywaną kolonoskopię, jeśli tak to kiedy?

.....

TAK ☐ NIE ☐

Czy jest Pani w ciąży?

.....

TAK ☐ NIE ☐

Inne choroby, jeśli tak to jakie?

.....

TAK ☐ NIE ☐

.....
data

.....
czytelny podpis Pacjenta

INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA NIEPEŁNOLETNIEGO/ UBEZWŁASNOWOLNIONEGO

Wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą lekarską i służą trosce o Państwa bezpieczeństwo. Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. W przypadku trudności z odpowiedzią proszę pominąć pytanie i wyjaśnić wątpliwości z lekarzem prowadzącym.

Poniższe pytania służą do zebrania informacji koniecznych do wybrania właściwego sposobu leczenia oraz wybrania odpowiedniego znieczulenia przed zabiegiem.

..... PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwisko, imię pacjenta

Czy dziecko czuje się ogólnie zdrowo? TAK ☐ NIE ☐

Czy w ciągu ostatnich 2 lat leczyło się? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to z jakiego powodu:

Czy aktualnie się na coś leczy? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to na co:

Czy przyjmuje jakieś leki? (zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwe) TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to jakie:

Czy jest na coś uczulone? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to na co:

Czy występują u dziecka:

duszność TAK ☐ NIE ☐
pokrzywka TAK ☐ NIE ☐

obrzęki TAK ☐ NIE ☐
swędzenie TAK ☐ NIE ☐

Czy ma skłonność do krwawień? TAK ☐ NIE ☐

Czy miał epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności? TAK ☐ NIE ☐

Czy choruje lub chorowało na którąś z następujących chorób?

choroby serca (wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego, inne) TAK ☐ NIE ☐

inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności) TAK ☐ NIE ☐

choroby naczyń krwionośnych (naczyniaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, inne) TAK ☐ NIE ☐

choroby płuc (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli) TAK ☐ NIE ☐

cukrzyca TAK ☐ NIE ☐

choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne) TAK ☐ NIE ☐

choroby układu nerwowego (padaczka, niedowłady, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia) TAK ☐ NIE ☐

choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba) TAK ☐ NIE ☐

choroby zakaźne TAK ☐ NIE ☐

żółtaczką zakaźną A TAK ☐ NIE ☐

żółtaczką zakaźną C TAK ☐ NIE ☐

żółtaczką zakaźną B TAK ☐ NIE ☐

gruźlica TAK ☐ NIE ☐

choroba reumatyczna TAK ☐ NIE ☐

inne dolegliwości jakie?

.....

.....
Jaki był ostatni pomiar ciśnienia krwi

Czy było już kiedyś operowane? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to kiedy i z jakiego powodu:

Czy dobrze zniosło znieczulenie? TAK ☐ NIE ☐

Czy miało przetaczaną krew TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to kiedy i z jakiej przyczyny:

Czy zażywa środki uspakajające, nasenne? TAK ☐ NIE ☐

.....
data

.....
podpis opiekuna prawnego