INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA NIEPEŁNOLETNIEGO/ UBEZWŁASNOWOLNIONEGO

Wszystkie podane informacje są objęte tajemnica 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 ☐ obrzęki TAK ☐ NIE ☐
pokrzywka 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 ☐

żółtaczka zakaźna A TAK ☐ NIE ☐ żółtaczka zakaźna C TAK ☐ NIE ☐
żółtaczka zakaźna B TAK ☐ NIE ☐ gruźlica TAK ☐ NIE ☐

choroba reumatyczna TAK ☐ NIE ☐

inne dolegliwości jakie? .....

.....

Js-Bd-25 Druk: **IMPACT** Kuźnica Warężyńska, tel./fax: (32) 762 94 23

.....

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