INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA

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 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 bronchoskopie, jeśli tak to kiedy? TAK ☐ NIE ☐

.....

Czy miał/a Pani/Pan przebył 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 kolanoskopię, 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*