



**SZPITAL  
ŚW. WOJCIECHA**

## Szpital św. Wojciecha

Wielkopolskie Centrum Medyczne  
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

ul. B. Krzywoustego 114, 61-144 Poznań  
tel. 61 62 33 111  
email: sekretariat@szpitalswwojciecha.pl

NIP: 7822550546  
REGON: 302139276  
KRS: 0000852668  
Kapitał podstawowy 712 tysięcy złotych

### Ankieta anestezyjologiczna

<u>WYPEŁNIA PACJENT</u>			
Nazwisko	Imię		
Pesel	Data urodzenia		
Adres zamieszkania			
Zawód wykonywany	Płeć: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M		
WAGA:	WZROST:		
<b>1. Czy pozostaje Pan/Pani pod opieką lekarza specjalisty?</b>	TAK	NIE	NIE WIEM
jeśli tak, to jakiego?			
<b>2. Czy leczył(a) się Pan(i) ostatnio?</b>	TAK	NIE	NIE WIEM
jeśli tak, to na jakie schorzenia?			
<b>3. Czy przyjmuje Pan(i) obecnie jakieś leki?</b>	TAK	NIE	NIE WIEM
jeśli tak, to na jakie?			
<b>4. Czy był(a) Pan(i) już operowany(a), rodzaj operacji?</b>	TAK	NIE	NIE WIEM
a	rok		
b	rok		
c	rok		
<b>5. Czy wystąpiły powikłania w czasie poprzedniego znieczulenia?</b>	TAK	NIE	NIE WIEM
jeśli tak, to jakie?			
<b>6. Czy przetoczono Panu/Pani krew lub preparaty krwiopochodne?</b>	TAK	NIE	NIE WIEM
a. jeśli tak, to kiedy?			
b. czy wystąpiły jakieś powikłania po przetoczeniu?	TAK	NIE	NIE WIEM
c. jakie powikłania wystąpiły?			
<b>7. Czy jest Pani aktualnie w ciąży (dotyczy kobiet)?</b>	TAK	NIE	NIE WIEM
<b>CZY STWIERDZONO U PANA(I) CHOROBY KTÓREGOŚ Z PODANYCH UKŁADÓW LUB NARZĄDÓW?</b>			
<b>8. UKŁAD SERCOWO-NACZYNIOWY</b>			

wada serca, stent wewnątrznacyniowy, embolizacja, zaburzenia rytmu serca, zawał serca, niedokrwienie m. sercowego, zapalenie m. sercowego,	TAK	NIE	NIE WIEM
wysokie ciśnienie krwi, niskie ciśnienie krwi,	TAK	NIE	NIE WIEM
omdlenie, duszność	TAK	NIE	NIE WIEM
zapalenie żył, żylaki kończyn dolnych, bóle łydek podczas chodzenia	TAK	NIE	NIE WIEM
inne			
<b>9. UKŁAD ODDECHOWY</b>			
astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli,	TAK	NIE	NIE WIEM
gruźlica, zapalenie płuc, pylica	TAK	NIE	NIE WIEM
inne			
<b>10. UKŁAD POKARMOWY</b>			
choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, zwężenie przełyku, refluks przełykowy, zapalenie jelit, krwawienia	TAK	NIE	NIE WIEM
biegunki, zaparcia, żylaki odbytu	TAK	NIE	NIE WIEM
wyłonienie stomii, pega	TAK	NIE	NIE WIEM
inne			
<b>11. WĄTROBA</b>			
żółtaczka mechaniczna, żółtaczka zakaźna, zastój, marskość wątroby, stwardnienie wątroby, stłuszczenie wątroby, kamica pęcherzyka żółciowego	TAK	NIE	NIE WIEM
inne			
<b>12. UKŁAD MOCZOWY</b>			
zapalenie nerek, kamica nerkowa, przewlekłe stany zapalne układu moczowego	TAK	NIE	NIE WIEM
dializoterapia, przeszczep nerki,	TAK	NIE	NIE WIEM
podwyższone lub wysokie wartości kreatyniny, trudności w oddawaniu moczu	TAK	NIE	NIE WIEM
inne			
<b>13. TRZUSTKA</b>			
ostre zapalenie trzustki, przewlekłe zapalenie trzustki	TAK	NIE	NIE WIEM
inne			
<b>14. TARCZYCA</b>			
nadczynność tarczycy	TAK	NIE	NIE WIEM
niedoczynność tarczycy	TAK	NIE	NIE WIEM
wole obojętne	TAK	NIE	NIE WIEM
inne			
<b>15 . CHOROBY PRZEMIANY MATERII</b>			
cukrzyca, hipertermia złośliwa	TAK	NIE	NIE WIEM
hipercholesterolemia, dna moczanowa, otyłość	TAK	NIE	NIE WIEM
inne			
<b>16. NARZĄD WZROKU</b>			
zaćma, jaskra, odwarstwienie siatkówki	TAK	NIE	NIE WIEM
wylewy krwawe do twardówki, stany zapalne	TAK	NIE	NIE WIEM
niedowidzenie, szkła kontaktowe	TAK	NIE	NIE WIEM
inne			
<b>17. KREW I UKŁAD KRWIOTWÓRCZY</b>			
zburzenia krzepnięcia, hemofilia	TAK	NIE	NIE WIEM
częste krwawienia z nosa, skłonność do powstawania siniaków, wybroczyny	TAK	NIE	NIE WIEM
inne			
<b>18. UKŁAD KOSTNY I STAWOWY</b>			
choroby kości, choroba Pageta, zapalenie kości inne	TAK	NIE	NIE WIEM

choroby zwyrodnieniowe stawów, dyskopatie, nawykowe zwichnięcia	TAK	NIE	NIE WIEM
bóle korzonkowe, osłabienie siły mięśniowej,	TAK	NIE	NIE WIEM
inne			
<b>19. ZABURZENIA SŁUCHU</b>			
aparat słuchowy,	TAK	NIE	NIE WIEM
choroby uszu, stany zapalne	TAK	NIE	NIE WIEM
inne			
<b>20. UKŁAD NERWOWY</b>			
padaczka, porażenia i niedowłady, udar mózgu	TAK	NIE	NIE WIEM
depresje, nerwice, zmiany nastroju, bezsenność, bóle głowy	TAK	NIE	NIE WIEM
Czy zażywa Pan(i) środki uspokajające lub nasenne?	TAK	NIE	NIE WIEM
<b>21. CHOROBY ZĘBÓW I DZIAŚEŁ</b>			
protezy zębowe, implanty	TAK	NIE	NIE WIEM
stany zapalne dziąseł, zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej, krwawienia	TAK	NIE	NIE WIEM
<b>22. UCZULENIA</b>			
katar sienny, wysypka, pokrzywka	TAK	NIE	NIE WIEM
uczulenie na leki - jeśli tak to jakie?	TAK	NIE	NIE WIEM
plastry, jodyna, latex, inne..	TAK	NIE	NIE WIEM
pokarmy – jeśli tak to jakie?	TAK	NIE	NIE WIEM
<b>23. INNE NIETYMIENIONE POWYŻEJ SCHOROZENIA</b>			
jeśli tak to jakie?	TAK	NIE	NIE WIEM
<b>24. DODATNIE WYNIKI BADAŃ WIRUSOLOGICZNYCH</b>			
HIV	TAK	NIE	NIE WIEM
Anty HCV	TAK	NIE	NIE WIEM
Anty HBS	TAK	NIE	NIE WIEM
<b>25. NAŁOGI</b>			
<b>Palenie tytoniu obecnie lub w przeszłości</b>	TAK	NIE	NIE WIEM
jeśli tak to ile Pan(i) pali na dobę?			
od kiedy zaprzestał(a) Pan(i) palić?			
<b>Spożywanie alkoholu</b>			
nie <input type="checkbox"/>	rzadko <input type="checkbox"/>	regularnie <input type="checkbox"/>	regularnie dużo <input type="checkbox"/>
<b>Spożywanie środków psychoaktywnych</b>			
nie <input type="checkbox"/>	rzadko <input type="checkbox"/>	regularnie <input type="checkbox"/>	regularnie dużo <input type="checkbox"/>
<p>Oświadczam, że nie zataiłem(am) jakichkolwiek faktów i informacji dotyczących mojego stanu zdrowia odpowiadając na zadane mi pytania które mogą mieć wpływ na przebieg operacji.  Wobec braku jakichkolwiek wątpliwości, co do zawartych w ankiecie informacji składam własnoręczny podpis w obecności lekarza anesteziologa. Miałem (am) możliwość zadawania pytań.</p>			
<p>Data..... Podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego.....</p>			

## WYPEŁNIA LEKARZ ANESTEZJOLOG

### SCHORZENIA WYMAGAJĄCE LECZENIA PRZED PLANOWANYM PRZYJĘCIEM DO SZPITALA

.....  
.....

### PROPONOWANE KONSULTACJE:

Brak                       modyfikacja leczenia nadciśnienia tętniczego                       modyfikacja leczenia cukrzycy

Kardiologiczna.....

Pulmonologiczna.....

Inne:.....

W badaniu fizykalnym: -bez odchyień do normy TAK  NIE

-odchylenia do normy TAK  NIE

.....  
.....

Chory został zakwalifikowany do znieczulenia.

Chory nie kwalifikuje się do znieczulenia z powodu: .....

.....  
.....

Data.....

.....

/podpis i pieczętka lekarza/