

# Ankieta medyczna/ Kwalifikacja anestezyjologiczna

Nr historii choroby.....

Nazwisko Imię..... Data .....

Data urodzenia ..... Wzrost ..... Waga .....

Adres zamieszkania .....

Telefon kontaktowy .....

Zgodnie z § 12 pkt 8,9 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania ( Dz.U. z 2006 r. Nr 247, poz. 1819) prosimy o podpisanie poniższych oświadczeń oraz wypełnienie ankiety.

**Ankieta przeznaczona jest wyłącznie do celów medycznych.**

<p><b>Upoważniam do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych:</b></p> <p>..... Imię i nazwisko osoby upoważnionej</p> <p>..... Nr telefonu osoby upoważnionej</p> <p>..... Adres osoby upoważnionej</p> <p>..... Czytelny podpis pacjenta</p>	<p><b>Nie upoważniam nikogo do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych:</b></p> <p>..... Czytelny podpis pacjenta</p>
<p><b>Upoważniam do uzyskania mojej dokumentacji medycznej:</b></p> <p>..... Imię i nazwisko osoby upoważnionej</p> <p>..... Nr telefonu osoby upoważnionej</p> <p>..... Adres osoby upoważnionej</p> <p>..... Czytelny podpis pacjenta</p>	<p><b>Nie upoważniam nikogo do otrzymywania dokumentacji medycznej:</b></p> <p>..... Czytelny podpis pacjenta</p>

**Planowany zabieg endoskopowy:** Gastroskopia Kolonoskopia EPCW PTC

**PRAWIDŁOWĄ ODPOWIEDŹ NALEŻY OTOCZYĆ**

**KÓŁKIEM**

<p><b>1.</b> Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy był Pan/Pani leczony/a w innym szpitalu? <b>TAK NIE</b> kiedy? z jakiego powodu? .....</p>
<p><b>2.</b> Czy był/a Pan/Pani kiedyś operowany/a? <b>TAK NIE</b> kiedy i z jakiego powodu? proszę wymienić: .....</p>
<p><b>3.</b> Czy obserwowano podczas znieczulenia szczególne reakcje? <b>TAK NIE</b> proszę wymienić: .....</p>
<p><b>4.</b> Czy przyjmuje Pan/Pani leki (<b>aktualnie i przewlekle</b>) <b>TAK NIE</b> nazwa, dawka, od kiedy? proszę wymienić: .....</p>
<p><b>5.</b> Choroby serca: czy przebył/a Pan/Pani zawał mięśnia sercowego, zapalenie mięśnia sercowego, czy ma Pan/Pani wadę serca, zaburzenia rytmu, inne? <b>TAK NIE</b> proszę wymienić: .....</p>
<p><b>6.</b> Choroby krążenia: czy choruje Pan/Pani na nadciśnienie tętnicze, choroby naczyń krwionośnych? <b>TAK NIE</b> proszę wymienić: .....</p>

<p><b>7.</b> Choroby naczyń: czy przebył/a Pan/Pani zapalenie żył powierzchownych, głębokich, czy występują u Pana/Pani bóle łydek? proszę wymienić: .....</p>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<p><b>8.</b> Choroby dróg oddechowych: czy choruje Pan/Pani na astmę, przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozedmę płuc, pylicę, zapalenie płuc, gruźlicę, pochnę? proszę wymienić: .....</p>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<p><b>9.</b> Choroby wątroby: czy przebył/a Pan/Pani wirusowe zapalenie wątroby, żółtaczkę, czy choruje Pan/Pani na marskość wątroby? proszę wymienić: .....</p>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<p><b>10.</b> Choroby nerek: czy chorował/a Pan/Pani na kamicę moczową, zapalenie nerek, zakażenia dróg moczowych? proszę wymienić: .....</p>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<p><b>11.</b> Choroby endokrynologiczne: czy chorował/a Pan/Pani na choroby przysadki, tarczycy, przytarczyc, nadnerczy, inne? proszę wymienić: .....</p>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<p><b>12.</b> Choroby przemiany materii: czy choruje Pan/Pani na cukrzycę, dnę, inne? proszę wymienić: .....</p>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<p><b>13.</b> Choroby oczu: czy choruje Pan/Pani na jaskrę, zaćmę, wadę wzroku? proszę wymienić: .....</p>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<p><b>14.</b> 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? proszę wymienić: .....</p>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<p><b>15.</b> 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? proszę wymienić: .....</p>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<p><b>16.</b> Uczulenia: czy jest Pan/Pani uczulona na leki (proszę podać nazwę leku), artykuły spożywcze, środki dezynfekcyjne, środki kontrastowe, inne? proszę wymienić: .....</p>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<p><b>17.</b> Czy w Pana/Pani rodzinie ktoś chorował na schorzenia mięśni, gorączkę złośliwą? proszę wymienić: .....</p>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>

<b>18.</b>	Czy chorował/a Pan/Pani na wirusowe zapalenie wątroby (żółtaczka zakaźna typu A, B, C, inne) proszę wymienić: .....	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>19.</b>	Czy kiedykolwiek stwierdzono markery zapalenia wątroby(np. HBs, HCV ?) proszę wymienić: .....	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>20.</b>	Czy był/a Pan/Pani szczepiony/a przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby lub inne szczepienia? Proszę wymieni jak i kiedy? .....	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>21.</b>	Czy stwierdzono u Pana/Pani zakażenie HIV ?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>22.</b>	Czy kiedykolwiek przeprowadzono u Pana/Pani przetoczenie krwi lub preparatów krwiopochodnych? kiedy? .....	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>23.</b>	Czy u Pan/Pani lw najbliższej rodzinie występują obciążenia dziedziczne? Jeśli tak proszę wymienić: .....	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>24.</b>	Użytki lub leki uspokajające tytoń <b>TAK</b> <b>NIE</b> alkohol inne użytki leki uspokajające i nasenne: nazwa, dawka, od kiedy? proszę wymienić: .....	<b>TAK</b> <b>TAK</b> <b>TAK</b>	<b>NIE</b> <b>NIE</b> <b>NIE</b>
<b>25.</b>	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) proszę wymienić: .....	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>26.</b>	Uzębienie: czy ma Pan/Pani protezy zębowe, chwiejące się zęby?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>27.</b>	Czy jest Pani w ciąży?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>28.</b>	Czy karmi Pani piersią?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>

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

**PO ZABIEGU W ZNIECZULENIU OBOWIĄZUJE PANIĄ/PANA  
POWRÓT DO DOMU POD OPIEKĄ OSOBY PEŁNOLETNIEJ, ODPOWIEDZIALNEJ**

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

- ✓ **Prowadzenie samochodu i innych pojazdów**
- ✓ **Obsługa skomplikowanych urządzeń i maszyn**
- ✓ **Picie alkoholu**
- ✓ **Podejmowanie ważnych decyzji osobistych i służbowych**
- ✓ **Wykonywanie innych czynności wymagających pełnej sprawności psychofizycznej**

**Potwierdzam, że wszystkie udzielone odpowiedzi zgodne są z prawdą**

Data .....

podpis pacjenta .....

**WYPEŁNIA  
LEKARZ**

**KWALIFIKACJA ANESTEZJOLOGICZNA**

Klasa ASA.....

Ciśnienie tętnicze	Tętno	Oddech	Saturacja	Temperatura

RTG klatki piersiowej: obraz w granicach normy    obraz stosowny do wieku    nie dotyczy

Uwagi

EKG: zapis prawidłowy    zapis w granicach normy    nie dotyczy

Uwagi

- Pacjent kwalifikuje się do postępowania w trybie jednodniowym
- Pacjent kwalifikuje się wyłącznie do postępowania w trybie hospitalizacji
- Pacjent kwalifikuje się do postępowania terapeutycznego warunkowo ze wskazań życiowych

**Ewentualne uwagi lekarza anestezjologa:**

.....

.....

Data

Podpis Anestezjologa