Używki

Czy pali Pani/Pan papierosy/e-papierosy? ☐ Tak ☐ Nie
Od jak dawna? ..... Ile sztuk dziennie? ..... Nie palę od.....lat.

Ile **jednostek** alkoholu pije Pani/Pan przeciętnie w ciągu 1. tygodnia (1 jednostka to 1 mała lampka wina, 0,5L piwa lub 50ml wódki): ..... jednostek

Czy zażywa Pani/Pan substancje psychoaktywne/narkotyki? Jakie?..... ☐ Tak ☐ Nie

Choroby układu sercowonaczyniowego

Na które piętro wejdzie Pani/Pan bez wysiłku i duszności? (proszę zaznaczyć)
➢ Pół piętra lub mniej ➢ Pierwsze ➢ Drugie ➢ Trzecie lub więcej

Czy choruje Pani/Pan na nadciśnienie tętnicze? ☐ Tak ☐ Nie

Czy cierpi Pani/Pan na chorobę niedokrwienną serca (choroba wieńcowa)? ☐ Tak ☐ Nie
- Przebyty zawał serca? Kiedy? .....
- Koronarografia/stenty, By-passy? Kiedy? .....
- Próba wysiłkowa? Kiedy? .....

Czy obecnie występują u Pani/Pana bóle w klatce piersiowej? ☐ Tak ☐ Nie
Czy nasilają się przy wysiłku? ☐ Tak ☐ Nie

Czy występują u Pani/Pana duszność? ☐ Tak ☐ Nie
Czy występują u Pani/Pana omdlenia, utraty przytomności? ☐ Tak ☐ Nie

Czy choruje Pani/Pan na niewydolność serca? ☐ Tak ☐ Nie
Czy musi Pani/Pan z tego powodu spać w pozycji półsiedzącej/siedzącej? ☐ Tak ☐ Nie

Czy stwierdzono u Pani/Pana wysoki poziom cholesterolu lub trójglicerydów? ☐ Tak ☐ Nie

Czy stwierdzono u Pani/Pana - zakrzepicę żył głębokich? ☐ Tak ☐ Nie
- żylaki nóg? ☐ Tak ☐ Nie
- zatorowość płucną? ☐ Tak ☐ Nie

Czy stwierdzono u Pani/Pana: -miażdżycę naczyń krwionośnych? ☐ Tak ☐ Nie
-Chromanie przestankowe? ☐ Tak ☐ Nie
Ile metrów przejdzie Pan/Pani bez odpoczynku po płaskim terenie?.....

Czy stwierdzono u Pani/Pana -wady serca? Jakie?..... ☐ Tak ☐ Nie
- Sztuczne zastawki serca? Jakie?..... ☐ Tak ☐ Nie

Czy choruje Pani/Pana na: -arytmię, kołatanie serca? ☐ Tak ☐ Nie
-migotanie przedsionków? ☐ Tak ☐ Nie
-Inne zaburzenia rytmu serca? ☐ Tak ☐ Nie

Czy ma Pani/Pan wszczepione urządzenie medyczne (rozrusznik serca, kardiowerter, port naczyniowy, protezę stawu itp.)? Jakie? ☐ Tak ☐ Nie
.....

Choroby układu oddechowego

Czy choruje Pani/Pan na choroby płuc? (proszę zaznaczyć) ☐ Tak ☐ Nie
Astma, POChP, gruźlica, rozedma
inna choroba płuc?
.....

Czy choruje Pani/Pan na bezdech senny? ☐ Tak ☐ Nie
Czy używa Pani/Pan urządzenia CPAP? ☐ Tak ☐ Nie

Czy w ciągu ostatnich 3 tygodni miał/a Pani/Pan infekcję, przeziębienie, szczepienie, biegunka, wymioty? ☐ Tak ☐ Nie

Ch. ukł. pok.

Czy cierpi Pani/Pana: -chorobę wrzodową żołądka/dwunastnicy? ☐ Tak ☐ Nie
-Zgagę? ☐ Tak ☐ Nie
-Refluks? ☐ Tak ☐ Nie
-Przepuklinę rozworu przełykowego? ☐ Tak ☐ Nie

Czy choruje Pani/Pana na marskość/stłuszczenie wątroby ☐ Tak ☐ Nie

Choroby neurologiczne i układu ruchu

Czy choruje Pani/Pana na padaczkę? ☐ Tak ☐ Nie

Czy stwierdzono u Pani/Pana udar mózgu? Przemijające niedokrwienie mózgu? ☐ Tak ☐ Nie
Kiedy?.....

Czy stwierdzono u Pani/Pana: -niedowłady kończyn? ☐ Tak ☐ Nie
-zaburzenia równowagi? ☐ Tak ☐ Nie
-zawroty głowy? ☐ Tak ☐ Nie

Czy stwierdzono u Pani/Pana: -chorobę Parkinsona? ☐ Tak ☐ Nie
-miastenię? ☐ Tak ☐ Nie
-inne choroby neurologiczne? Jakie?.....

Czy stwierdzono u Pani/Pana: -choroby kręgosłupa? Jakie?..... ☐ Tak ☐ Nie
-sztywność szyi? ☐ Tak ☐ Nie

Czy choruje Pani/Pan na: -reumatoidalne zapalenie stawów? ☐ Tak ☐ Nie
-toczeń? ☐ Tak ☐ Nie
-inne choroby reumatologiczne? Jakie?.....

Czy jest Pani/Pan leczona/y psychiatrycznie? Na co? ..... ☐ Tak ☐ Nie

Cukrzyca

Czy choruje Pani/Pan na cukrzycę? ☐ Tak ☐ Nie
Czy stosuje Pani/Pan insulinę? ☐ Tak ☐ Nie
- Poziom cukru w pomiarach domowych na czczo.....
po posiłku.....

Czy cierpi Pani/Pan na: -choroby tarczycy? Jakie?.....	☐ Tak	☐ Nie
-choroby nadnerczy? Jakie?.....	☐ Tak	☐ Nie
Czy stwierdzono u Pani/Pana choroby nerek?	☐ Tak	☐ Nie
Czy wymaga Pani/Pan dializoterapii?	☐ Tak	☐ Nie
Czy stwierdzono u Pani/Pana nietrzymanie moczu?	☐ Tak	☐ Nie
Czy występuje u Pani/Pana skłonność do krwawień / siniaków?	☐ Tak	☐ Nie
Czy stwierdzono u Pani/Pana choroby zakaźne? (proszę zaznaczyć) Wirusowe zapalenie wątroby? Żółtaczka? HIV?	☐ Tak	☐ Nie
Czy stwierdzono u Pani/Pana chorobę nowotworową – jaką?	☐ Tak	☐ Nie
-chemioterapia – kiedy?.....	☐ Tak	☐ Nie
-radioterapia – kiedy?.....	☐ Tak	☐ Nie
Czy choruje Pani/Pan na jaskrę?	☐ Tak	☐ Nie
-inne choroby oczu?	☐ Tak	☐ Nie
Czy stwierdzono u Pani/Pana anemię?	☐ Tak	☐ Nie
Czy kiedykolwiek miała Pani/Pan transfuzję krwi?	☐ Tak	☐ Nie
-czy były powikłania? Jakie?.....	☐ Tak	☐ Nie
Czy cierpi Pani/Pan na chorobę lokomocyjną?	☐ Tak	☐ Nie
Czy posiada Pani/Pan ruchome zęby / protezy zębowe / implanty/ koronki?	☐ Tak	☐ Nie
Wypełniają kobiety: Czy podejrzewa Pani, że może Pani być w ciąży?	☐ Tak	☐ Nie
Czy musi Pani/Pan korzystać ze wsparcia Ośrodka Pomocy Społecznej?	☐ Tak	☐ Nie
Czy cierpi Pani/Pan na inne choroby, niewymienione powyżej? Jakie?.....	☐ Tak	☐ Nie
.....		
.....		
Czy wyraża Pani/Pan zgodę na medycznie uzasadnione przetoczenie krwi lub składników krwiopochodnych?	☐ Tak	☐ Nie

Różne

Oświadczam, że odpowiedziałam/em prawdziwie na zadawane mi w ankiecie pytania i nie zataiłam/em żadnej informacji o stanie mojego zdrowia.

Data:	Czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego:

Regionalne Centrum Zdrowia
PortalHospitals

ANKIETA STANU ZDROWIA

BARDZO WAŻNE! Proszę dostarczyć na wizytę do Poradni Anestezjologicznej dokładnie wypełnioną ankietę. Jeśli posiada Pani/Pan wypisy ze szpitala, informacje od lekarzy prowadzących, dodatkowe badania np. ECHO serca, koronarografię, próbę wysiłkową, badanie Holtera, hormony tarczycy, spirometrię lub inne – proszę dostarczyć je na wizytę anestezjologiczną. Jeśli leczy się Pani/Pan z powodu nadciśnienia lub cukrzycy, proszę zabrać dzienniczek pomiarów ciśnienia lub poziomu glukozy.

Imię:	Nazwisko:	
PESEL:	Aktualna masa ciała:	Aktualny wzrost:

Leki

Czy przyjmuje Pani/Pan leki, a także suplementy/zioła? ☐ Tak ☐ Nie

Jakie? Proszę wymienić nazwy **wszystkich** leków i suplementów oraz **dawkowanie**:

np. *Polocard* *75 mg* *1 tabletka rano.*

Nazwa	Dawka	Jak często?	Nazwa	Dawka	Jak często?

Operacje

Czy przebyła Pani/Pan w przeszłości (w całym życiu) operacje? ☐ Tak ☐ Nie

Jakie? Kiedy?

Rodzaj operacji	Rok	Rodzaj operacji	Rok

Anestezjologiczne

Czy wystąpiły u Pani/Pana powikłania związane ze znieczuleniem? (także w rodzinie) ☐ Tak ☐ Nie

Jakie?

.....

.....

Czy wystąpiły u Pani/Pana uczulenia (na leki lub inne-)? ☐ Tak ☐ Nie

Proszę wymienić alergie i ich objawy:

.....

.....

.....