

PACJENT/KA ..... WAGA ..... kg WZROST ..... cm

PESEL / DATA URODZENIA .....

Czy występują (lub kiedykolwiek występowały) u Pani/Pana następujące objawy lub choroby:

PRAWIDŁOWE ODPOWIEDZI ZAZNACZYĆ KÓŁKIEM np.  TAK / NIE

Nadciśnienie tętnicze	TAK	NIE	Cukrzyca	TAK	NIE
Choroba wieńcowa	TAK	NIE	Choroby tarczycy	TAK	NIE
Przebyty zawał mięśnia serca Kiedy? (proszę podać datę) .....	TAK	NIE	(proszę zakreślić jakie) niedoczynność / nadczynność / wole guzowate tarczycy inne.....		
Niewydolność serca	TAK	NIE	Choroba wrzodowa żołądka, refluks	TAK	NIE
Stenty w naczyniach wieńcowych	TAK	NIE	Niewydolność nerek	TAK	NIE
Zaburzenia rytmu serca (proszę zakreślić jakie)	TAK	NIE	Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS), ZZSK (zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa)	TAK	NIE
bradykardia / tachykardia napadowe/utrwalone migotanie przedsionków inne.....			Choroba mięśni	TAK	NIE
Stymulator serca / Defibrylator-Kardiowerter	TAK	NIE	Choroba mięśni w rodzinie	TAK	NIE
data ostatniej kontroli .....			Choroba wątroby (proszę zakreślić jaka)	TAK	NIE
Wada zastawkowa serca	TAK	NIE	zapalna / marskość / niewydolność inne.....		
Jaka? (proszę podać nazwę choroby) .....			Choroba psychiczna	TAK	NIE
Zakrzepica	TAK	NIE	Nikotynizm / Uzależnienie od alkoholu / Uzależnienie od narkotyków	TAK	NIE
Zatorowość płucna	TAK	NIE	Czy jest Pani w ciąży?	TAK	NIE
POCHP / Astma oskrzelowa	TAK	NIE	Uczulenia (katar sienny, leki, pokarmy)	TAK	NIE
Udar mózgu	TAK	NIE	Jakie/Jaka? (proszę wymienić na co) .....		
Padaczka	TAK	NIE	Inne, niewymienione powyżej choroby	TAK	NIE
			Jakie? (proszę podać nazwę choroby) .....		
Czy obecnie przyjmuje Pani/Pan jakieś leki?			TAK	NIE	
Jakie? np.: glikokortykosteroidy (proszę wpisać nazwę leku i dawkę)					
NAZWA LEKU	DAWKA	NAZWA LEKU	DAWKA	NAZWA LEKU	DAWKA
Czy była/był Pani/Pan operowana/operowany?			TAK	NIE	
(proszę wpisać nazwę operacji i rok zdarzenia)					
Czy w trakcie poprzednich znieczuleń wystąpiły jakieś problemy?			TAK	NIE	
Jakie? (proszę opisać problem)					

Oświadczam, że nie zataiłam/em żadnych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia. Podane informacje są prawdziwe i kompletne.

.....  
DATA

.....  
PODPIS PACJENTA/KI LUB OPIEKUNA PRAWNEGO