



A. WYPEŁNIA PACJENT

(naklejka z danymi pacjenta)

Nazwisko i imię pacjenta: _____

Lat: _____ Wzrost _____ cm Waga _____ kg

1. Czy chorował(a) Pan/Pani na poniżej wymienione choroby? Proszę podkreślić właściwe i ewentualnie napisać rok ich wystąpienia.

a. Choroby układu krążenia: nadciśnienie tętnicze, zawał serca, choroba niedokrwienia serca, zapalenie mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu serca. _____

b. Choroby naczyń krwionośnych: żylaki kończyn dolnych, zakrzepowe zapalenie żył. _____

c. Choroby płuc i dróg oddechowych: zapalenie płuc, gruźlica, rozedma, astma oskrzelowa, przewlekłe zapalenie oskrzeli _____

d. Choroby wątroby: żółtaczką, marskość wątroby _____

e. Choroby tarczycy: nadczynność, niedoczynność. _____

f. Choroby oczu: jaskra, zaćma. _____

g. Choroby układu nerwowego: padaczka, przebyty udar mózgu, niedowłady _____

h. Choroby psychiczne, nerwice _____

i. Choroby układu kostnego i stawów _____

j. Choroby mięśni: zaniki, osłabienia _____

k. Choroby krwi: niedokrwistość, białaczka, małopłytkowość _____

l. Cukrzyca _____

ł. Choroby nerek: mocznica, kamica _____

m. Choroba wrzodowa żołądka i/lub dwunastnicy _____

n. Choroby alergiczne (uczulenia, na co?) _____

o. Częste bóle głowy? _____

p. Inne: _____

2. Czy obecnie pobiera Pan/Pani jakieś leki? Proszę podać ich nazwy i dawkowanie:

3. Czy był(a) Pan/Pani operowany(a)? Proszę podać rodzaj operacji i rok:

4. Czy były problemy związane z wcześniej przeprowadzonym znieczuleniem? Tak / Nie

5. Czy wśród członków rodziny wystąpiły powikłania związane ze znieczuleniem? Tak / Nie

6. Czy wymagał(a) Pan/Pani przetaczania krwi? Tak / Nie

7. Czy w następstwie przetaczania krwi doszło do jakichkolwiek komplikacji? Tak / Nie.

8. Czy pali Pan/-Pani i papierosy (ile)? _____

9. Stan uzębienia (protezy, mostki) _____

_____ (data i podpis pacjenta)



C. WYPEŁNIA LEKARZ ANESTEZJOLOG

ASA

1. Wywiad

2. Badanie przedmiotowe

1. RR Tętno Mallampati

Data
(podpis i pieczętka lekarza)

C. WYPEŁNIA PIEŁĘGNIARKA / POŁOŻNA

a) przejęcie pacjenta przez Blok Operacyjny

Data Godz.
(pieczętka i podpis przekazującego) (pieczętka i podpis odbierającego)

b) wypisanie pacjenta z sali budzeń

Skala Aldreta pkt. Data Godz.
(pieczętka i podpis pielęgniarki)

c) przejęcie pacjenta przez Oddział

Data Godz.
(pieczętka i podpis przekazującego) (pieczętka i podpis odbierającego)