

Anesteziologicko-resuscitační oddělení, anesteziologická ambulance, tel.: 556 773 229

Dotazník před plánovaným operačním výkonem

(vyplňte v týdnu před plánovanou operací)

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Pojišťovna:

Datum operace:

Výška: cm Hmotnost: kg

Trpíte nebo trpěl/a jste někdy některými z níže uvedených onemocnění?

Při odpovědi ANO zaškrtněte příslušné onemocnění a v případě označení * uveďte kdy (měsíc a rok)

Onemocnění srdce - srdeční infarkt* ischemická choroba srdeční angina pectoris o poruchy srdečního rytmu srdeční vada kardiostimulátor* aj.	ANO	NE
Oběhové a cévní onemocnění - vysoký krevní tlak nízký krevní tlak křečové žíly p plicní embolie* ucpávání cév aj.	ANO	NE
Onemocnění plic a dýchacích cest - chronická bronchitida zápal plic* d dlouhodobý kašel astma zaprášení plic tuberkulóza* aj.	ANO	NE
Neurologická onemocnění - epilepsie mozková příhoda* roztroušená skleróza, z zánět mozkových blan borelióza* myastenie tetanie aj.	ANO	NE
Onemocnění štítné žlázy a příštítných tělísek	ANO	NE
Onemocnění jícnu, žaludku a střev - AAA pálení záhy AAAAA jícnový reflux AAAAA vředová choroba* AAAAA : záněty střev hemeroidy aj.	ANO	NE
Onemocnění jater a žlučníku - žloutenky* mononukleosa tvrdnutí jater ztučnění jater žlučové kameny, aj.	ANO	NE
Onemocnění slinivky břišní či metabolismu - zánět slinivky břišní* cukrovka na tabletách nainzulinu vysoký krevní tuk cholesterol aj.	ANO	NE
Onemocnění ledvin a nadledvin - záněty ledvin záněty močových cest kameny v močových cestách hromadění odpadních látek v krvi aj.	ANO	NE
Onemocnění krve - p poruchy srážlivosti krve zvýšený sklon ke krvácení z dásní, nosu, v tvorba modřin bez zjevné příčiny hemofilie anémie trombofilie trombocytopenie	ANO	NE
Nádorová onemocnění zhoubná nezhoubná	ANO	NE
Onemocnění pohybového aparátu - bolesti zad kloubní onemocnění onemocnění svalů svalová slabost aj.	ANO	NE
Psychické poruchy - úzkost deprese schizofrenie aj.	ANO	NE
Onemocnění smyslů - šedý či zelený zákal krátkozrakost dalekozrakost šilhavost n nedoslýchavost aj.	ANO	NE
Infekční onemocnění - AIDS HIV aj.	ANO	NE

Podstoupil/a jste někdy výkon v celkové narkóze či umrtvení do páteře? Jestliže ano, kdy a při jakém výkonu:	ANO	NE
Byly během anestezie nebo po anestezii nějaké komplikace? Jestliže ano, jaké:	ANO	NE
Utrpěl/a jste vážnější úraz? Otřes mozku zlomeniny žebér obratlů zhmoždění hrudníku břicha amputace aj.*	ANO	NE
Máte kovové či umělé náhrady v cévách, v srdci, v kostech? Např. stenty, svorky, šrouby, dlahy aj.	ANO	NE
Kouříte? Pokud ano, kolik denně	ANO	NE
Pijete alkohol? NE <input type="checkbox"/> ZŘÍDKA <input type="checkbox"/> PRAVIDELNĚ		
Jiné návykové látky?	ANO	NE
Užíváte pravidelně či nepravidelně nějaké léky? (název, gramáž, dávkování)	ANO	NE
Alergie např. naléky, desinfekce, jod, kontrastní látky, náplast, potraviny, pyl, prach, plast, kov. Jakse alergie projevila?)	ANO	NE
Dostal/a jste krevní transfuzi? Důvod? Kdy?	ANO	NE
Byly nějaké komplikace v souvislosti s podáním krevní transfuze?	ANO	NE
Souhlasíte, že v případě potřeby Vám podáme krevní transfuzi?	ANO	NE
Máte pevnou zubní náhradu, můstek, korunku, viklavé zuby, vyjímatelnou zubní náhradu, paradentózu? (upřesnit lokalizaci)	ANO	NE
Trpíte nějakou zde neuvedenou nemocí? Pokud ano, jakou:	ANO	NE
Máte dechové potíže při námaze?	ANO	NE
Vyjdete po schodech bez zastavení do 2. patra?	ANO	NE

Vámi uvedené údaje jsou velmi podstatnou součástí předoperačního vyšetření.

Při nepravdivém vyplnění se vystavujete vyššímu riziku případných komplikací.

Datum: Podpis pacienta/pacientky, zákonného zástupce

TENTO TISKOPIS ODEVZDEJTE NA ANEST. AMBULANCI SPOLU S PŘEDOP. VYŠETŘENÍM