



ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

IMIĘ I NAZWISKO:		WIEK:	DATA URODZENIA:
NR KSIĘGI GŁÓWNEJ: KG/		PESEL:	
MASA CIAŁA (kg):	WZROST (cm):	GRUPA KRWI:	
RODZAJ ZABIEGU:			
ROZPOZNANIE:		PLANOWANA DATA ZABIEGU:	

DATA KONSULTACJI POWINNA SIĘ ODBYĆ MIN. 7 DNI PRZED ZABIEGIEM, PO WYKONANIU ZALECONYCH BADAŃ. NA KONSULTACJĘ PROSZĘ PRZYNIEŚĆ WYNIKI DOTYCHCZAS WYKONANYCH BADAŃ, KARTY INFORMACYJNE ZE SZPITALA ORAZ STOSOWNE KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE.

PROSZĘ WYMIENIĆ WSZYSTKIE DOTYCHCZASOWE OPERACJE/ZABIEGI ZE ZNIECZULENIEM:			
ROK	OPERACJA	ZNIECZULENIE (ogólne/podpajęczynówkowe/zewnątrz- oponowe/miejscowe/regionalne)	UWAGI
Czy wystąpiły wymioty i/lub nudności pooperacyjne?		☐ TAK	☐ NIE
Czy w rodzinie wystąpiły problemy związane ze znieczuleniem?		☐ TAK	☐ NIE
Jeśli przyjmuje Pan/Pani leki, proszę wypisz poniżej :			
Czy zażywa Pan(i) leki zmieniające krzepnięcie krwi? <i>Jeśli tak, to jakie?</i>		☐ TAK	☐ NIE
Czy kiedykolwiek przetaczano Pan(i) krew lub składniki krwi?		☐ TAK	☐ NIE
Czy wystąpiły powikłania po przetoczeniu? <i>Jeśli tak, to jakie?</i>		☐ TAK	☐ NIE
Czy jest Pan/Pani uczulona na leki? <i>Jeśli tak, to jakie?</i>		☐ TAK	☐ NIE
DLA KOBIET: Czy jest Pani w ciąży?		☐ TAK	☐ NIE
UKŁAD KRAŻENIA			
Niewydolność serca?		☐ TAK	☐ NIE
Zaburzenia rytmu serca? <i>Jeśli tak, to jakie?</i>		☐ TAK	☐ NIE
Wada serca – Jeśli tak, to jaka?		☐ TAK	☐ NIE
Choroba wieńcowa?		☐ TAK	☐ NIE
Przebyty zawał serca? <i>Jeśli tak, w którym roku?</i>		☐ TAK	☐ NIE
Nadciśnienie tętnicze?		☐ TAK	☐ NIE
Wszczepiony stymulator serca lub kardiowerter-defibrylator- <i>Jeśli tak, podaj: rok wszczepienia, powód, rodzaj urządzenia</i>		☐ TAK	☐ NIE
Żyłna choroba zakrzepowo-zatorowa / zatorowość płucna - <i>Jeśli tak, w którym roku?</i>		☐ TAK	☐ NIE
Wszczepione stenty/ protezy naczyniowe? <i>Jeśli tak, zaznacz:</i>		☐ TAK	☐ NIE
☐ w sercu (naczynia wieńcowe) ☐ w aorcie ☐ w tętnicach kończyn			
Ból/ucisk w klatce piersiowej / duszność przy wysiłku /zastłabnięcia/ obrzęki kończyn dolnych? (<i>zaznacz właściwe</i>)		☐ TAK	☐ NIE



KLINIKA ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII
02-507 Warszawa ul. Wołoska 137

UKŁAD ODDECHOWY		
Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP)/ Astma oskrzelowa? (zaznacz właściwe)	☐ TAK	☐ NIE
Infekcje w ciągu ostatniego miesiąca?	☐ TAK	☐ NIE
Obturacyjny bezdech senny?	☐ TAK	☐ NIE
UKŁAD POKARMOWY		
Choroba wrzodowa żołądka?/Choroba refluksowa przełyku? (zaznacz właściwe)	☐ TAK	☐ NIE
Cukrzyca: ☐ leczona doustnie ☐ leczona insuliną	☐ TAK	☐ NIE
Marskość wątroby, inne choroby wątroby:	☐ TAK	☐ NIE
UKŁAD MOCZOWY		
Przewlekła choroba nerek?	☐ TAK	☐ NIE
Dializoterapia? Jeżeli tak, data ostatniej dializy:..... Ograniczenia płynowe?.....	☐ TAK	☐ NIE
CHOROBY TARCZYCY		
Niedoczynność / Nadczynność / Wole (zaznacz właściwe)	☐ TAK	☐ NIE
UKŁAD NERWOWY		
Przebyty udar mózgu? Jeśli tak, to w którym roku?	☐ TAK	☐ NIE
Padaczka / miastenia / stwardnienie rozsiane?	☐ TAK	☐ NIE
Porażenia i niedowłady?	☐ TAK	☐ NIE
Choroba lokomocyjna / zawroty głowy?	☐ TAK	☐ NIE
Inne choroby neurologiczne / mięśniowe warunkowane genetycznie wrodzone?	☐ TAK	☐ NIE
UKŁAD RUCHU		
Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) / Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa(ZZSK) ?	☐ TAK	☐ NIE
Choroby kręgosłupa (jakie?)	☐ TAK	☐ NIE
CHOROBY KRWI		
Niedokrwistość (anemia)?	☐ TAK	☐ NIE
Zaburzenia krzepnięcia krwi (np. hemofilia)? Jakiej?	☐ TAK	☐ NIE
INNE CHOROBY		
Jaskra?	☐ TAK	☐ NIE
Nosicielstwo wirusów HCV / HBV / HIV? (zaznacz właściwe)	☐ TAK	☐ NIE
Nikotynizm? od ilu lat? Ile papierosów dziennie?	☐ TAK	☐ NIE
Spożywanie alkoholu? Jak często ?	☐ TAK	☐ NIE
Inne używki? Jeśli tak, jakie?	☐ TAK	☐ NIE
Choroba nowotworowa? Jeśli tak, to jakiego narządu?	☐ TAK	☐ NIE
Inne choroby? Jakiej?		
Zawód wyuczony/ wykonywany?		

Oświadczam, że podane przeze mnie w powyższej ankiecie anestezjologicznej informacje są zgodne z prawdą. Mam świadomość, że podanie niekompletnych lub nieprawdziwych danych może stanowić zagrożenie dla mojego zdrowia i życia.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego

.....
Data i czytelny podpis pacjenta (jeśli ukończył 16-18 lat)



KONSULTACJA ANESTEZJOLOGICZNA (wypełnia lekarz)

ZABIEG ☐ małego ☐ pośredniego ☐ dużego ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych wg ESC	Niedowaga/ otyłość ☐ TAK ☐ NIE jeśli tak; BMI
Parametry życiowe przed znieczuleniem HR/min RR mmHg SpO2..... %	Pacjent zakwalifikowany do znieczulenia w trybie: ☐ planowym ☐ przyśpieszonym ☐ pilnym ☐ natychmiastowym
Układ krążenia ☐ wydolny ☐ niewydolny NYHA...	☐ Pacjent może być operowany jedynie ze wskazań życiowych
Układ oddechowy ☐ wydolny ☐ niewydolny	☐ Pacjent wymaga przygotowania do zabiegu na oddziale szpitalnym (przyjęcie na kilka dni przed zabiegiem)
Ocena wydolności fizycznej ☐ <4 MET ☐ 4-10 MET ☐ >10 MET Samodzielnie je, Wchodzi po Uprawia ubiera się, korzysta z schodach na 2 sport toalety, lekkie prace piętro, szybki spacer, jazda rowerem, krótki bieg	☐ Konsultacja bezpośrednio przed zabiegiem
Ocena dróg oddechowych Mallampati ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV	Zachowana karencja pokarmowa? ☐ TAK ☐ NIE
Protezy w jamie ustnej ☐ TAK ☐ NIE	Badania przedoperacyjne kompletne? ☐ Tak, bez istotnych odchyień, data
Przewidywane trudności w intubacji ☐ TAK ☐ NIE	☐ Tak, z istotnymi odchyleniami
Ocena w skali ASA	☐ Badania lab. w opracowaniu

ZALECENIA

Zalecenia dla **wszystkich** pacjentów:

- Umiarkowany wysiłek fizyczny -3-4 razy w tygodniu min. 30 minut (np. jazda na rowerze, szybki marsz),
- Rezygnacja z palenia tytoniu, picia alkoholu,
- Poprawa stanu odżywienia;
☐ dieta bogatobiałkowa, bogata w kwasy omega -3
☐ preparat ONS np.; Nutridrink Protein, Impact Oral, Immugen- 7-14 dni przed zabiegiem, 2-3 opakowania na dobę, małymi łykami, między posiłkami
- Porcja napoju wysokowęglowodanowego 3 h przed operacją (200 ml) np; Nutrica PreOp, Prehabil Med

Proszę uzupełnić następujące badania:

☐ Morfologia ☐ kreatynina ☐ sód ☐ potas ☐ mocznik ☐ INR ☐ APTT ☐ TSH ☐ ft3, ft4
☐ potwierdzony wynik grupy krwi ☐ HbA1C ☐ NT-proBNP ☐ TnI ☐ ECHO SERCA ☐ EKG

☐ Dostarczenie dodatkowej dokumentacji:

☐ Dodatkowe konsultacje specjalistyczne:

☐ Odstawienie wymienionych leków:

☐ Próba zgodności serologicznej preparatów krwiopochodnych:

Uwagi.....

.....
data, pieczęć i podpis lekarza (podczas konsultacji przedoperacyjnej)