

Zde nalepte identifikační štítek
pacienta

Vážená paní, Vážený pane,

Abychom vám mohli potřebný komfort i bezpečí při provádění výkonu zajistit, potřebujeme od vás spolupráci, prosíme vás, abyste laskavě věnoval/a pozornost našemu dotazníku a dle možností jej co nejúplněji vyplnil/a. Vaše přesné odpovědi ulehčí anesteziologovi správně posoudit váš zdravotní stav, posoudit míru rizika a možných komplikací a vybrat pro vás ten nejvhodnější způsob anestezie (znecitlivění) přičemž bude brán ohled i na vaše přání, jaký typ anestezie upřednostňujete. Pokud byste měl/a pocit, že předkládaný dotazník nevystihuje všechno důležité, co by měl anesteziolog o vás před zákrokem vědět, připravte si dotazy, které budete moci sdělit anesteziologovi při pohovoru v rámci podepisování informovaného souhlasu.

DOTAZNÍK:

Vaše tělesná hmotnostkg Vaše povolání.....

Navštěvujete svého lékaře pravidelně ano ne Kolikrát za rok:

Pokuste se zhodnotit svůj zdravotní stav:

velmi dobrý dobrý uspokojivý spíše špatný špatný velmi špatný

Užíváte léky: ano ne Jaké léky užíváte (jejich dávkování):

.....
.....
.....

Užíváte antikoncepci: ano ne Jakou:

Podstoupil/a jste již zákrok v anestézii: ano ne Jaký a kdy:

.....
.....

Vyskytly se nějaké komplikace: ano ne Pokud ano, popište:

.....
.....

Dostal/a jste někdy transfúzi krve? ano ne Kolikrát:

Jaké Vaše potíže Vás nejvíce trápí?

1/

2/

Zadýcháváte se při chůzi? a) do schodů ano ne b) po rovině ano ne

Kolik pater vyjdete bez zastavení?

Trápí Vás kašel? ráno celý den

Kouříte? ano ne cigarety doutníky dýmku Kolikrát denně?

Pokud jste přestal/a kouřit, jak dlouho již nekouříte?

Pijete alkoholické nápoje? ne denně občas příležitostně

Kolik sklenic denně? pivo víno destiláty

Vidíte dobře? ano ne Slyšíte dobře? ano ne

Trpíte (trpěl/a jste) některými problémy z níže uvedených?:

Onemocnění srdce: infarkt poruchy rytmu srdeční slabost otoky nohou bolesti na hrudi

Onemocnění plic a průdušek: astma rozedma záněty plic pohrudnice průdušek

Onemocnění krve: chudokrevnost časté krvácení trombóza embolie

Máte „křečové žíly“ na dolních končetinách: ano ne Záněty žil? ano ne

Trpíte bolestmi hlavy? ano ne Míváte bolesti v zádech? ano ne

Cukrovka? ano ne Když ano: dieta tablety inzulín

Onemocnění jater: ano ne Onemocnění ledvin: ano ne

Trpíte alergií? ano ne potraviny pyl prach zvířata hmyz léky jiné:

.....
Prodělal/a jste infekční onemocnění: ano ne Jaké?

TBC časté angíny tyfus borelióza jiné:

.....
Nervové a duševní onemocnění: ano ne epilepsie křeče deprese neurosa jiné:

.....
Má takové onemocnění někdo z vaší rodiny? ano ne Kdo a jaké?

.....
Po vyplnění se laskavě podepište a dotazník odevzdejte lékaři či sestře na oddělení:

V Karlových Varech Chebu

Dne: Podpis pacienta:

Děkujeme Vám za pozornost a spolupráci.
Přejeme Vám brzké uzdravení.
A příjemný pobyt v naší nemocnici.