

DOTAZNÍK PŘED PLÁNOVANÝM OPERAČNÍM VÝKONEM

Anesteziologická ambulance

Jméno, příjmení: **Pojišťovna:**

Datum operace **výška**cm, **váha**kg, **Telefonní kontakt zák. zástupce**

Bylo vaše dítě v poslední době ošetřováno lékařem? ANO NE

Pro jaké onemocnění:

Je, nebo bylo vaše dítě v péči nějakého lékaře – specialisty ANO NE

např.: neurologa, kardiologa, plicního lékaře, endokrinologa, jiného: uveďte

Uveďte prosím důvod, u jakého specialisty a kdy byla poslední kontrola:

Užívá vaše dítě pravidelně nějaké léky? ANO NE

Uveďte název a dávkování:

.....

.....

Prodělalo vaše dítě nějaké operace? ANO NE

Uveďte rok **typ operace** **případné komplikace anestezie**

.....

.....

Utrpělo vaše dítě v poslední době vážnější úraz? Např.: úraz hlavy zlomeniny jiné

Trpí vaše dítě alergií? ANO NE Pokud ANO, uveďte jaké:

Jiné zvláštnosti, uveďte jaké

Souhlasné prohlášení

Beru na vědomí veškerá rizika, která plynou jak z uvedení nepravdivých údajů o zdravotním stavu dítěte.

Podpisem stvrzuji, že jsem byl/a informován/a tom, že v den operačního výkonu je nezbytné:

- Odstranit veškeré šperky včetně piercingu (řetízky, prsten, náušnice apod.)
- Odstranit sponky a jiné ozdoby z vlasů, vlasy stažené do gumičky
- Před výkonem odložit kontaktní čočky, naslouchadlo, snímatelná rovnátka aj.

Datum.....podpispacienta/ky,zákonnéhozástupce

.....

Dotazník ke zjištění poruch krevní srážlivosti

Vyplňuje a **stvrzuje podpisem** lékař i rodič

Rodina:

1. Je známa porucha srážlivosti krve u:		
rodičů dítěte?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Sourozenců dítěte?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Rodičů nebo sourozenců matky?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Rodičů nebo sourozenců otce?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
2. Vyskytlo se u některé z výše uvedených osob závažné krvácení?		
	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
3. Trpí některá z výše uvedených osob od mládí zvýšenou krvácivostí (velmi silná menstruace, krvácení z dásní, velké modřiny)		
	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Dítě:		
4. Tvoří se někdy velké nebo plastické modřiny u dítěte?		
	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
5. Časté krvácení z nosu?		
	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Doba krvácení více než 5 minut?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Nutnost lékařského ošetření?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
6. Výrazné nebo opakované krvácení při prořezávání nebo vytržení zubů?		
	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne

Datum:

podpis lékaře:

Podpis rodiče nebo zákonného zástupce:

.....

.....

.....