

DOTAZNÍK PŘED PLÁNOVANÝM OPERAČNÍM VÝKONEM

Anesteziologická ambulance

Jméno, příjmení, titul: Pojišťovna:

Datum operace výška cm váhakg Telefon:

Prodělal/a jste v posledních 14ti dnech infekční onemocnění nebo došlo ke změně zdravotního stavu

ANO NE jaké

Léčíte se nebo léčil jste se nějakým onemocněním? ANO NE, pokud ne, pokračujte částí B.

Pokud se léčíte nebo jste prodělal/a některé z níže uvedených onemocnění, označte jej křížkem (X):

Část A

Neurologické

obrna nervů mozková příhoda myastenie gravis epilepsie snížená citlivost části/í těla či končetin roztroušená skleróza jiné

Kardiovaskulární

ischemie srdce vysoký krevní tlak selhávání srdce srdeční infarkt plicní embolie poruchy srdečního rytmu srdeční vada kardiostimulátor nebo ICD křečové žíly ischemie končetiny nebo bolesti nohou při chůzi jiné

Endokrinní:

cukrovka poruchy štítné žlázy záněty slinivky jiné

Dýchacích cest:

astma CHOPN emfyzém záněty plic a průdušek jiné

Krve a srážlivosti:

anemie trombofilie krvácivost jiné

Očí:

zelený zákal šedý zákal slepota jiné

Jater:

žloutenka, zánět cirhóza jiné

Trávicího traktu:

žaludeční vředy pálení žáhy záněty střev jiné

Ledvin:

ledvinové kameny záněty ledvin selhávání ledvin jiné

Svalů a kostí:

změny páteře zánětlivé kloubní a svalové onemocnění jiné

Psychiatrická:

úzkosti deprese schizofrenie jiné

Nádorové:

ANO NE jaké

Infekční:

ANO NE jaké

Jste těhotná?

ANO NE jak dlouho

Část B

Cítíte při námaze nepřiměřenou dušnost či nepříjemné pocity za hrudní kostí?

ANO NE jaké

Jaké činnosti bez problémů zvládnete?

nezvládnou ani péči o sebe sama

DOTAZNÍK PŘED PLÁNOVANÝM OPERAČNÍM VÝKONEM

Anesteziologická ambulance

- zvládnou: běžné činnosti související s jídlem, oblékáním, toaletou a chůzí doma
- zvládnou: pomalou chůzí venku, lehkou domácí práci (např. vysávání, umytí nádobí),
- zvládnou: vyjít do schodů i do kopce
- zvládnou: rychlou chůzí, krátký běh (např. doběhnu MHD)
- zvládnou: těžkou domácí práci (např. stěhování, vytírání podlahy)
- zvládnou: sport rekreační
- zvládnou: namáhavý sport

Staráte se o sebe sami ANO NE

V případě že ne, prosím vyplňte s čím potřebujete pomoci:

- s hygienou s oblékáním s přípravou jídla s chytáním léků s nákupem
- s domácími pracemi dopravou s placením účtu péčí o domácnost

Podstoupil/a jste již anestezii? ANO NE

Uveďte rok	druh výkonu	případné komplikace
.....
.....
.....

Utrpěl/a jste vážné úrazy? ANO NE jaké

Pijete alkohol (pivo, víno, destiláty)? ANO NE jak často

Kouříte? ANO NE jak často

Užíváte drogy? ANO NE jaké

Užíváte pravidelně nějaké léky? ANO NE
Uveďte prosím jejich název a dávkování:
.....
.....
.....
.....

Máte alergii? ANO NE jaké

Dostal/a jste transfuzi nebo krevní deriváty? ANO NE
Pokud ANO, byly nějaké komplikace? ANO NE jaké
Mohou Vám být podány krevní deriváty? ANO NE

Máte zubní náhrady nebo uvolněný chrup? ANO NE jaké

Trpíte nějakou, zde neuvedenou nemocí? ANO NE
Pokud ano, uveďte jakou

Souhlasné prohlášení

DOTAZNÍK PŘED PLÁNOVANÝM OPERAČNÍM VÝKONEM

Anesteziologická ambulance

Beru na vědomí veškerá rizika, která plynou jak z uvedení nepravdivých údajů o mém zdravotním stavu, tak z nedodržení lékařských pokynů (např. vdechnutí zvratků při nedodržení lačnění)

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

- Nehty na rukou a nohou vždy odlakovat
- Gelové nehty vždy odstranit alespoň na jednom prstu (ideálně ukazováček) u obou rukou a krátce zastříhnout
- Odstranit make-up a jiné líčila (řasenka rtěnka)
- Odstranit veškeré šperky včetně piercingu (řetízek, prsten, náušnice apod.)
- Odstranit sponky a jin ozdoby z vlasů
- Před výkonem odložit kontaktní čočky, naslouchadlo, zubní protézu, snímatelná rovnátka aj.

Datum:

Podpis pacienta/tky nebo zákonného zástupce: