

ANESTEZIOLOGICKÝ DOTAZNÍK

Jméno a příjmení: _____

Rodné číslo: _____

Zaměstnání: _____

Výška: _____ cm Váha: _____ kg

Tuto část vyplní pacient ve spolupráci s obvodním lékařem.

1. Máte vysoký krevní tlak? ano ne 10. Trpíte nějakou oční chorobou? ano ne
Které léky pro vysoký krevní tlak užíváte: _____ Jakou: _____

2. Léčil/a jste se pro srdeční infarkt? ano ne 11. Léčíte se pro onemocnění štítné žlázy? ano ne
Kdy: _____ Kterými léky: _____

3. Léčíte se pro jiné srdeční onemocnění? ano ne 12. Léčíte se pro epilepsii? ano ne
Jaké léky pro toto onemocnění užíváte: _____ Kterými léky: _____

4. Máte alergii či trpíte přecitlivělostí? ano ne 13. Máte vyjímatelnou zubní protézu? ano ne
Na co? _____

5. Jste dušný v klidu? ano ne 14. Je váš chrup řádně ošetřen? ano ne
Při námaze? ano ne

15. Pijete černou kávu? ano ne
Kolik šálků denně? _____

6. Léčíte se na průduškové astma? ano ne 16. Kouříte? ano ne
Které léky užíváte? _____ Kolik cigaret denně? _____

7. Míváte často angíny? ano ne 17. Pijete pravidelně alkohol? ano ne
Časté záněty horních cest dýchacích? ano ne V případě kladné odpovědi:
Časté chřipky? ano ne Druh (i pivo): _____
Kolik: _____

8. Prodělal/a jste infekční žloutenku? ano ne 18. Vyhledal/a jste někdy lékaře kvůli poruchám duševního
Nebo jiné onemocnění jater? ano ne stavu (např. deprese, úzkostné stavy apod.)?
 ano ne

9. Máte cukrovku? ano ne 19. Prodělal/a jste někdy onemocnění kostí (zánětlivá
Jak se léčíte: _____ onemocnění kloubů, páteře a jiná poškození)?
 ano ne

20. Prodělal/a jste nějakou chorobu svalstva ?
(např. svalová slabost, sklon k maligní hypertermii apod.) ano ne
21. Vyskytlo se onemocnění svalů v kruhu
Vašich pokrevních příbuzných? ano ne
22. Nosíte naslouchací přístroj? ano ne
23. Nosíte kontaktní čočky? ano ne
24. Prodělal/a jste některá jiná závažná onemocnění?
 ano ne
Pokud ano, jaká:

25. Byl/a jste již operován/a? ano ne
Operace: _____ Kdy: _____
26. Došlo u Vašich pokrevních příbuzných k výskytu
nějakých komplikací v souvislosti s narkózou? ano ne
27. Dostal/a jste někdy transfúzi krve? ano ne
28. Máte sklony ke krvácení z nosu, sklon k tvoření
modřin bez zjevných důvodů apod.? ano ne
29. Užíváte některé jiné léky, než které jste dosud
uvedl/a? ano ne
30. Máte strach z operace? ano ne
31. Jste dárce krve? ano ne
Pokud ano, kdy jste daroval/a krev naposled? _____
32. Pro ženy - jste těhotná? ano ne

Další údaje týkající se Vašeho zdravotního stavu, které by měl lékař znát (zejména úrazy, těžká onemocnění, zvláštnosti související s Vaším povoláním...):

DŮLEŽITÉ:

Předpokládáme s naprostou určitostí, že se dostavíte na lačno, tzn., že jste nepil/a, nejedl/a a nekouřil/a od půlnoci, resp. posledních 8 hodin.

Je nutné, aby Vám **Váš praktický lékař** vysadil, ev. změnil ordinaci léků, které ovlivňují srážení krve (zejména Warfarin, Lawarin, Godasal, Anopyrin apod.) a léky určené ke kompenzaci diabetu (ty si nezapomeňte vzít sebou) - léky nevysazujte sami bez konzultace s lékařem !!!

V _____ dne _____

Podpis pacienta: _____