

DOTAZNÍK PŘED PLÁNOVANÝM OPERAČNÍM VÝKONEM

Anesteziologická ambulance

Jméno, příjmení

Pojišťovna

Datum operace

Výška (cm)

Hmotnost (kg)

Telefonní kontakt zák. zástupce

Bylo vaše dítě v posledních 14 dní nemocné např. nachlazení?

NE

ANO

Pokud ano, upřesněte

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

NE

ANO

S čím je / bylo vaše dítě sledováno nebo léčeno?

Užívá vaše dítě pravidelně nějaké léky?

NE

ANO

Uveďte název a dávkování:

Trpí vaše dítě některými z těchto krvácivých stavů?

NE

ANO

(časté krvácení z nosu, opakované nebo časté krvácení při prořezávání zubů, tvorba velkých modřin)

Prodělalo vaše dítě nějaké operace?

NE

ANO

Uveďte rok, druh výkonu, případně komplikace anestezie

Utrpělo vaše dítě v poslední době vážnější úraz?

úraz hlavy

zlomeniny

Jiné:

Trpí vaše dítě alergií?

NE

ANO

Pokud ANO, uveďte jaké

Jiné zvláštnosti, uveďte jaké

Svým podpisem stvrzuji pravdivost výše uvedených údajů.

Datum

Podpis zákonného zástupce /pacienta/tky