

DOTAZNÍK PŘED PLÁNOVANÝM OPERAČNÍM VÝKONEM

Anesteziologická ambulance

Jméno, příjmení, titul

Pojišťovna

Datum operace

Výška (cm)

Hmotnost (kg)

Telefon

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

NE

ANO

Jaké

Léčíte se nebo léčil jste se nějakým onemocněním? NE ANO

Pokud ne, pokračujte částí B.

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

Část A

Kardiovaskulární	vysoký krevní tlak	srdeční infarkt	poruchy srdečního rytmu
	ischemie srdce	selhávání srdce	plicní embolie
	srdeční vada	kardiostimulátor nebo ICD	křečové žíly
	ischemie končetiny	Jiné	

Dýchacích cest	Astma	CHOPN	emfyzém
	záněty plic a průdušek	Jiné	

Neurologické	mozková příhoda	epilepsie	roztoušená skleróza
	obrna nervů	myastenie gravis	
	snížená citlivost části/í těla či končetin	Jiné	

Endokrinologické	cukrovka	poruchy štítné žlázy	záněty slinivky
		Jiné	

Krve a srážlivosti	anemie	trombofilie	krvácivost
		Jiné	

Očí	zelený zákal	šedý zákal	slepoty
		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	úzkost	deprese	schizofrenie
		Jiné	

Nádorové	NE	ANO	Jaké
-----------------	----	-----	------

Infekční	NE	ANO	Jaké
-----------------	----	-----	------

Jste těhotná?	NE	ANO	Jak dlouho
----------------------	----	-----	------------

Část B

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

NE ANO Jaké

Podstoupil/a jste již anestezii? NE ANO

V případě že ne, podstoupil/a anestezii některý váš pokrevný příbuzný? NE ANO

Pijete kávu? NE ANO

Vaše předchozí operace/anestezie uveďte rok, druh výkonu, případně komplikace

Utrpěl/a jste vážné úrazy? NE ANO Jaké

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

Kouříte? NE ANO Jak často?

Užíváte drogy? NE ANO Jaké

Užíváte pravidelně nějaké léky? NE ANO

Uveďte prosím jejich název a dávkování:

Máte alergii? NE ANO Jaké

Dostal/a jste transfuzi nebo krevní deriváty? NE ANO

Pokud ANO, byly nějaké komplikace? NE ANO

Jaké

Máte zubní náhrady nebo uvolněný chrup? NE ANO

Jaké

Trpíte nějakou, zde neuvedenou nemocí? NE ANO

Pokud ano, uveďte jakou

Svým podpisem stvrzuji pravdivost výše uvedených údajů.

Datum

Podpis pacienta/tky nebo zákonného zástupce