

**ANKIETA PRZED ZABIEGIEM W ZNIECZULENIU DOŻYLNYM**

.....  
imię i nazwisko (proszę wypisać drukowanymi literami)

.....  
wiek

.....  
waga

.....  
wzrost

**ODPOWIEDŹ PROSZĘ ZAKREŚLIĆ KÓŁKIEM**

1. Czy jest Pan/i uczulony/a na leki? TAK/NIE

Jakie?.....

2. Czy choruje Pan/i na chorobę wieńcową serca? TAK/NIE

Zażywane leki:.....

3. Czy miał/a Pan/i zawał mięśnia sercowego? TAK/NIE

Kiedy?:.....

4. Czy ma Pan/i wady serca? TAK/NIE

Jakie?.....

5. Czy leczy się Pan/i na nadciśnienie tętnicze? TAK/NIE

Zażywane leki:.....

6. Czy wykonywane były u Pana/i zabiegi operacyjne (w tym również zabiegi  
transplantacji/przeszczepu)? TAK/NIE

Jakie / kiedy?:.....

7. Czy wykonywane były u Pana/i zabiegi w znieczuleniu dożylnym/ogólnym? TAK/NIE

Jakie / kiedy?:.....

8. Czy leczy/leczył się był Pan/i onkologicznie? TAK/NIE

Jakie / kiedy?:.....

9. Czy leczy się, choruje Pan/i na astmę, przewlekłe zapalenie oskrzeli? TAK/NIE

Zażywane leki:.....

10. Czy choruje Pan/i na cukrzycę? TAK/NIE

Zażywane leki:.....

11. Czy choruje Pan/i na padaczkę? TAK/NIE

Zażywane leki:.....

12. Czy choruje Pan/i na wirusowe zapalenie wątroby typu B, C lub jest nosicielem wirusa WZW typu B, C (żółtaczka wszczepienna)? TAK/NIE
13. Czy chorował/a Pan/i na żółtaczkę wszczepienną? TAK/NIE
14. Czy był/a Pan/i szczepiony/a przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B? TAK/NIE
15. Czy choruje Pan/i na jaskrę? TAK/NIE
16. Czy bierze Pan/i leki uspokajające, nasenne lub psychotropowe? TAK/NIE
- Jakie?.....
17. Czy ma Pan/i skłonność do krwawień? TAK/NIE
18. Czy bierze Pan/i leki takie jak: Acard, Polocard, pochodne Kumarolu? TAK/NIE
19. Jakie inne leki obecnie Pan/i zażywa: .....
20. Czy leczy się Pan/i na inne choroby? TAK/NIE
- Jakie?.....
21. Czy posiada Pan/i stopień niepełnosprawności? TAK/NIE
- Jaki?.....
- Symbol przyczyny niepełnosprawności:.....
22. Czy ma Pan/i trudności ruchowe/ograniczenia ruchowe? TAK/NIE
- Jakie?.....

Pacjent stawiający się do badania w znieczuleniu dożylnym ma obowiązek przybycia z osobą towarzyszącą.

Osoba towarzysząca ma obowiązek przebywania na terenie placówki podczas trwania zabiegu jak i po jego zakończeniu.

Pacjent po opuszczeniu pokoju wybudzeń pozostaje pod opieką osoby towarzyszącej.

Pacjentowi stawiającemu się do zabiegu bez osoby towarzyszącej lekarz anestezjolog może odmówić znieczulenia.

Pacjent nie może prowadzić samochodu przez 12 godzin po wykonanym badaniu w znieczuleniu dożylnym.

**Ja, niżej podpisany/a wyrażam świadomą zgodę na wykonanie u mnie znieczulenia dożylnego.**

**Oświadczam także, że nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych lekach, będąc świadomym/ą wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych.**

.....  
Data i czytelny podpis Pacjenta