

Nemocnice AGEL Valašské Meziříčí a.s., U Nemocnice 980, 757 01 Valašské Meziříčí

ANESTEZIOLOGICKÝ DOTAZNÍK

ANESTEZIOLOGICKÁ AMBULANCE

Váha:

Výška:

1. Lékařské ošetření v poslední době, infekce, nachlazení:	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
2. Dřívější operace:	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
3. Alergie a přecitlivělost na léky či potraviny? Pokud ANO, jaké:	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
4. Které léky na ředění krve užíváte?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
5. Vyskytly se komplikace během anestezie?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
6. Byla podána krev či jiné krevní produkty?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
7. Které z následujících onemocnění jste prodělal, či jimi trpíte? (podtrhněte)	
a) Srdce a krevní oběh: poruchy rytmu, hypertenze, ischemická choroba srdeční, angina pectoris, infekční endokarditida. Jiné:	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
b) Cévy: cévní mozková příhoda, křečové žíly, trombóza či tromboflebitida, ischemická choroba dolních končetin. Jiné:	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
c) Dýchací cesty a plíce: chronická bronchitida, astma bronchiale, zápal plic, TBC, rozedma plic, syndrom spánkové apnoe. Jiné:	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
d) Játra: žloutenka, cirhóza jater, ztučnění jater, žlučnickové kameny. Jiné:	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
e) Ledviny: zvýšená hodnota kreatininu, ledvinové kameny, zánět ledvin, dialýza. Jiné:	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
f) Zažívací trakt: žaludeční či dvanácterníkový vřed, pálení žáhy, refluxní onemocnění, zúžené střevo. Jiné:	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
g) Látková výměna: diabetes mellitus, dna. Jiné:	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
h) Štítná žláza: zvýšená či snížená funkce, uzlíky. Jiné:	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
ch) Skelet + klouby: kloubní onemocnění, bolesti zad. Jiné:	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
i) Nervy a nálada: epilepsie (padoucnice), ochrnutí, syndrom neklidných nohou, deprese, časté bolesti hlavy. Jiné:	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
j) Oči: šedý či zelený zákal, kontaktní čočky. Jiné:	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
k) Krev: poruchy srážlivosti (i u příbuzných), častější krvácení z nosu, tvorba modřin bez poranění po lehkém doteku, pooperační krvácení. Jiné:	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
l) Svaly: svalová slabost, onemocnění svalů i u příbuzných. Jiné:	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
8. Jiné onemocnění:	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
9. Stav chrupu: kazy, protéza, korunka, můstek	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
10. Nedoslýchavost: naslouchadlo	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
11. Kouření: kolik?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
12. Alkohol	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Příležitostně
13. Drogy	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
14. Pro ženy: můžete být těhotná?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
15. Zvláštnost: nevolnost po operaci či zvracení, sklon k nevolnosti při cestování	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
16. Chronická medikace: (připravít seznam k nahlášení sestře)	

Datum:

Podpis: