

Zadaniem anestezjologa jest zapewnienie Państwu bezpieczeństwa, komfortu w czasie znieczulenia oraz umożliwienie operatorowi sprawnego przeprowadzenia zabiegu diagnostycznego. Dlatego prosimy o dokładne wypełnienie poniższej ankiety i zapoznanie się ze wszystkimi informacjami.

### Pacjent

Imię

Nazwisko

Nr PESEL lub nazwa, seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

Waga

### Czy leczy się pan/pani z powodu?

Chorób serca np. zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wady serca, zapalenie mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu, duszności, omdlenia	Tak	Nie
Chorób naczyń i układu krążenia np. ciśnienie tętnicze: wysokie, niskie, obrzęki, żylaki, choroby zakrzepowe żył	Tak	Nie
Chorób krwi i zaburzeń układu krzepnięcia np. anemia, skłonność do samoistnych krwawień, siniaków	Tak	Nie
Chorób układu oddechowego np. astma oskrzelowa, przewlekłe zapalenie oskrzeli, zapalenie płuc, rozedma, POCHP, gruźlica	Tak	Nie
Chorób przewodu pokarmowego np. choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy,	Tak	Nie
Chorób wątroby np. marskość wątroby, żółtaczka	Tak	Nie
Chorób metabolicznych np. cukrzyca, dna moczianowa	Tak	Nie
Chorób tarczycy np. wole obojętne, nadczynność, niedoczynność	Tak	Nie
Chorób układu moczowo – pęcherzowego np. choroby nerek, pęcherza moczowego, prostaty, macicy, jajników	Tak	Nie
Chorób układu nerwowego np. padaczka, udar, porażenia, niedowłady, utraty przytomności, miastenia	Tak	Nie
Chorób układu kostno-stawowego np. choroba zwyrodnieniowa, dyskopatia, uszkodzenia i przebyte urazy kręgosłupa, kończyn, stawów	Tak	Nie
Chorób oczu np. jaskra	Tak	Nie
Chorób psychicznych np. depresja, nerwica	Tak	Nie

Czy pali(t)(a) Pan(i) tytoń? - ile papierosów \_\_\_\_\_ przez ile lat \_\_\_\_\_  
nie pali od \_\_\_\_\_ lat

Tak Nie

Czy pije Pan(i) alkohol? Nigdy Rzadko Regularnie Codziennie

Inne uzależnienia Tak Nie

Uczulenia i objawy. Proszę wymienić  
Jakie? \_\_\_\_\_  
Tak Nie

Jakie leki i w jakich dawkach Pan(i) obecnie przyjmuje. Proszę wymienić  
\_\_\_\_\_

Czy był(a) Pan(i) operowany(a)/znieczulany(a)? Tak Nie  
Jeżeli tak, to kiedy, z jakiego powodu i jakiego rodzaju znieczulenie zastosowano?  
\_\_\_\_\_

Czy dobrze Pan(i) zniósł(a) znieczulenie? Tak Nie

Czy jest Pani w ciąży? Tak Nie

Inne, nie wymienione powyżej dolegliwości i choroby.  
Proszę wymienić  
\_\_\_\_\_

Stan uzębienia Ruchome zęby Proteza



**UWAGA:**

Niedostarczenie ankiety anestezjologicznej do CM iMed24 w terminie 14-stu dni przed badaniem skutkuje automatycznym odwołaniem rezerwacji.

Potwierdzam zgodność powyższych danych ze stanem faktycznym

\_\_\_\_\_  
Data i podpis pacjenta

\_\_\_\_\_  
Pieczętka i podpis lekarza anestezjologa