

## ANESTEZIOLOGICKÝ DOTAZNÍK - DÍTĚ

(prosím, vyplňte zcela pravdivě)

Jméno a příjmení dítěte: ..... r.č: .....

váha dítěte: ..... Tělesná výška: ..... Porodní hmotnost: .....

Porod dítěte v termínu/předčasně (v jakém týdnu těhotenství): .....

Bylo dítě při porodu kříšeno: .....

---

Vyjmenujte choroby, se kterými se dítě léčí:

.....  
.....  
.....

Uveďte léky, které dítě pravidelně užívá:

.....  
.....

Zaškrtněte onemocnění, kterými Vaše dítě trpí nebo trpělo v minulosti:

onemocnění svalů, svalová slabost	nervové onemocnění(epilepsie, obrny)
onemocnění srdce	poruchy krevní srážlivosti, onemocnění krve
onemocnění plic nebo dýchacích cest	alergie - jaké.....
onemocnění jater ( žloutenka)	onemocnění očí
onemocnění ledvin	problémy s jakoukoliv předchozí anestézií
poruchy metabolismu-cukrovka, št. žláza	jiné:

**Vyskytla se ve vaší rodině (rodiče, prarodiče, sourozenci) nějaká komplikace v souvislosti s anestézií?**

Jaká?.....

Jméno matky: ..... Podpis: .....

otce: ..... Podpis: .....

Jméno zákonného zástupce: ..... Podpis: .....

Datum: .....