

## ANESTEZIOLOGICKÝ DOTAZNÍK - DOSPĚLÝ

Jméno a příjmení:.....r.č.....

Bydliště:.....

### **Anesteziologická informace**

Lékař Vám doporučil operační (diagnostický) výkon, který nelze provést bez anestézie. Abychom v maximální míře zajistili Vaši bezpečnost a minimalizovali možné komplikace, věnujte následujícím dotazům zvýšenou pozornost. Odpovědi budou důvěrné. Pomohou nám zevrubně poznat Vaše přidružené choroby, Váš celkový zdravotní stav, Vaše návyky a zvyklosti, které jen zdánlivě nesouvisí s výkonem.

#### **Anamnéza**

( v odpovědích nehodící se škrtněte)

Váha:.....kg

Výška.....cm

Máte nebo jste zcela nedávno (v posledních 14 dnech) měl/a akutní infekční onemocnění dýchacích cest a ústní dutiny? ..... ano - ne

Jaké: Rýma, kašel, nachlazení, chřipka, zánět průdušek, zápal plic, opar?.....

Užíváte léky?..... ano – ne

Jestliže ano, které? Udejte všechny, i proti bolestem, na spaní, antikoncepci včetně dávkování.

.....

.....

Už jste někdy byl/a operován/a v celkovém nebo místním znecitlivění?..... ano – ne

Ano, na co a kdy?.....

.....

.....

Měl jste problémy v souvislosti s anestézií?.....ano – ne

Jaké?.....

Došlo u pokrevných příbuzných v souvislosti s anestézií k nějaké příhodě?..... ano – ne

Máte pocit tuhnutí čelisti při pití zrnkové kávy?..... ano – ne

## Trpíte nebo trpěl/a jste někdy některým z těchto onemocnění?

Prosíme při odpovědi zatrhněte příslušné onemocnění, případně doplňte – možno i v závěru

- Onemocnění svalů nebo svalová slabost? ..... ano - ne
- Je podobné onemocnění u pokrevných příbuzných?..... ano - ne
- Onemocnění srdce (např. srdeční infarkt, angina pectoris, srdeční vada, nedostatek dechu při chůzi do schodů, zánět srdce, poruchy srdečního rytmu)..... ano - ne
- Oběhové a cévní onemocnění.( např. křečové žíly, vysoký tlak, ucpávání cév)..... ano - ne
- Onemocnění plic nebo dýchacích cest (např. tuberkulóza, zápal plic, rozedma, astma, chronická bronchitida)..... ano - ne
- Onemocnění jater (např. žloutenka, tvrdnutí jater)..... ano – ne
- Onemocnění ledvin ( např. zánět ledvin, kameny)..... ano – ne
- Poruchy látkové přeměny (např.cukrovka, dna, poruchy tukového metabolismu)..... ano – ne
- Onemocnění štítné žlázy (např. struma, vole)..... ano – ne
- Onemocnění očí (např. šedý nebo zelený zákal)..... ano - ne
- Nervové onemocnění (např. epilepsie, obrny, mozkové příhody, roztroušená skleroza) ano - ne
- Psychické poruchy (např. deprese)..... ano - ne
- Onemocnění pohybového aparátu (např.onemocnění páteře, bolesti zad, kloubní onemocnění)ano - ne
- Krevní onemocnění, poruchy krevní srážlivosti (např. sklon ke krvácení, hemofilie)..... ano - ne
- Je nebo bylo podobné onemocnění u pokrevných příbuzných?..... ano – ne
- Alergie (např. senná rýma, přecitlivělost na některé potraviny, léky, dezinfekci, náplast) ano – ne
- .....
- Trpíte nějakou jinou , zde neuvedenou nemocí? Jestliže ano, jakou?..... ano – ne
- .....
- Máte pevnou zubní náhradu, můstek, korunky, viklavé zuby, vyjímatelnou zubní náhradu? ano – ne
- Kouříte pravidelně? Co a kolik?..... ano – ne
- Konzumace alkoholu? Jak často a jaký druh?..... ano – ne
- Jiné pozoruhodnosti:.....
- .....

### Souhlasné prohlášení

Prohlašuji, že jsem si vědom možných a významných rizik, vyplývajících z neúplně či nepravdivě vyplněného dotazníku.

Dne.....

Podpis pacienta.....