



Nazwisko Imię Data

Data urodzenia wzrost waga

Adres zamieszkania

.....

Telefon kontaktowy

Prosimy o wypełnienie niniejszej ankiety. Wybraną odpowiedź proszę zaznaczyć. Jeżeli jakieś pytanie sprawi Państwu trudności lub niektóre sformułowania będą niejasne (krępujące), to możecie się skonsultować z lekarzem przed badaniem.

Ankieta przeznaczona jest wyłącznie do celów medycznych.

Planowany zabieg endoskopowy:

Gastroskopia Kolonoskopia

PRAWIDŁOWĄ ODPOWIEDŹ NALEŻY ZAZNACZYĆ KRZYŻYKIEM

1. Czy przyjmuje Pan/Pani leki:

tak nazwa, dawka, od kiedy? nie

.....

.....

.....

2. Czy był/a Pan/Pani kiedyś operowany/a, kiedy i z jakiego powodu ?

tak proszę wymienić nie

.....

.....

3. Czy obserwowano podczas znieczulenia szczególne reakcje?

tak proszę wymienić nie

.....

.....

4. Choroby serca: czy przebył/a Pan/Pani zawał mięśnia sercowego, zapalenie mięśnia sercowego, czy ma Pan/Pani wadę serca, zaburzenia rytmu, inne?

tak proszę wymienić nie

.....

.....

5. Choroby krążenia: czy choruje Pan/Pani na nadciśnienie tętnicze, choroby naczyń krwionośnych?

tak proszę wymienić nie

.....

.....

6. Choroby naczyń: czy przebył/a Pan/Pani zapalenie żył powierzchownych, głębokich, czy występują u Pana/i bóle łydek?

tak proszę wymienić

nie

7. Choroby dróg oddechowych: czy choruje Pan/Pani na astmę, przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozedmę płuc, pylicę, zapalenie płuc, gruźlicę?

tak proszę wymienić

nie

8. Choroby wątroby: czy przebył/a Pan/Pani wirusowe zapalenie wątroby, żółtaczkę, czy choruje Pan/Pani na marskość wątroby?

tak proszę wymienić

nie

9. Choroby nerek: czy chorował/a Pan/Pani na kamice moczową, zapalenie nerek, zakażenia dróg moczowych?

tak proszę wymienić

nie

10. Choroby endokrynologiczne: czy chorował/a Pan/Pani na choroby przysadki, tarczycy, przytarczyc, nadnerczy, inne?

tak proszę wymienić

nie

11. Choroby przemiany materii: czy choruje Pan/Pani na cukrzycę, dnę, inne?

tak proszę wymienić

nie

12. Choroby oczu: czy choruje Pan/Pani na jaskrę, zaćmę, wadę wzroku?

tak proszę wymienić

nie

13. Choroby neurologiczne: czy choruje Pan/Pani na padaczkę, czy przebył/a Pan/Pani udar mózgowy, czy ma Pan/Pani niedowład, porażenie kończyn dolnych, górnych, połowiczy, miastenię, stwardnienie rozsiane, inne?

tak proszę wymienić

nie

14. Choroby krwi i układu krzepnięcia: czy choruje Pan/Pani na hemofilię, inne schorzenia układu krwiotwórczego i krwionośnego?, czy ma Pan/Pani zwiększoną skłonność do siniaków, krwawień?,

tak proszę wymienić

nie

15. Uczulenia: czy jest Pan/Pani uczulona na leki (proszę podać nazwę leku), artykuły spożywcze, środki

dezynfekcyjne, środki kontrastowe, inne?

tak proszę wymienić

nie

.....
.....
16. Czy w Pana/Pani rodzinie ktoś chorował na schorzenia mięśni, gorączkę złośliwą?)

tak proszę wymienić

nie

.....
.....
17. Użytki lub leki uspokajające

tak tytoń

nie

tak alkohol

nie

tak inne użytki

nie

tak leki uspokajające i nasenne: nazwa, dawka, od kiedy?

nie

.....
.....
18. Uzębienie: czy ma Pan/Pani protezy zębowe, chwiejące się zęby?

tak

nie

19. Czy jest Pani w ciąży?

tak

nie

20. Czy karmi Pani piersią?

tak

nie

21. Czy chorował/a Pan/Pani na wirusowe zapalenie wątroby (żółtaczka zakaźna typu A, B, C, inne)

tak proszę wymienić:

nie

.....
.....
22. Czy kiedykolwiek stwierdzono markery zapalenia wątroby(np. HBs, HCV ?)

tak proszę wymienić:

nie

.....
.....
23. Czy był/a Pan/Pani szczepiony/a przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby

tak kiedy?

nie

24. Czy stwierdzono u Pana/Pani zakażenie HIV ?

tak

nie

.....
.....
25. Czy kiedykolwiek przeprowadzono u Pana/Pani przetoczenie krwi lub preparatów krwiopochodnych?

tak kiedy?

nie

.....
.....
26. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy był Pan/Pani leczony/a w innym szpitalu?

tak kiedy?

nie

27. Czy w ciągu 6 miesięcy miał/a Pan/Pani wykonywane zabiegi stomatologiczne, akupunktury, kosmetyczne (np. tatuaż, kolczykowanie) lub inne, w czasie których mogło dojść do skaleczenia (np. fryzjerskie)

tak proszę wymienić:

nie

Główne dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego:

odpowiedź zaznaczyć krzyżykiem

Bóle brzucha	tak		nie	
Chudnięcie	tak		nie	
Obecność krwi w stolcu	tak		nie	
Zaparcie	tak		nie	
Biegunka	tak		nie	
Nudności, wymioty	tak		nie	
Wzdęcie	tak		nie	
Zgaga	tak		nie	
Gorączka	tak		nie	
Żółtaczka	tak		nie	
Świąd skóry	tak		nie	
Zmiana zabarwienia moczu i stolca	tak		nie	
Występowanie dolegliwości w godzinach nocnych	tak		nie	

Zgadzam się na proponowaną formę znieczulenia w sedacji dożylniej.

INFORMACJE DLA PACJENTÓW, U KTÓRYCH ZABIEG BYŁ WYKONANY W ZNIECZULENIU

**PO ZABIEGU W ZNIECZULENIU OBOWIĄZUJE PANIĄ/PANA
POWRÓT DO DOMU Z OSOBĄ ODPOWIEDZIALNĄ, SPRAWNĄ**

W CIĄGU 12 GODZIN PO ZNIECZULENIU NIEDOZWOLONE JEST:

- ✓ **Prowadzenie samochodu i innych pojazdów**
- ✓ **Obsługa skomplikowanych urządzeń i maszyn**
- ✓ **Picie alkoholu**
- ✓ **Podejmowanie ważnych decyzji osobistych i służbowych**
- ✓ **Wykonywanie innych czynności wymagających pełnej sprawności psychofizycznej**

.....
Data i podpis pacjenta

.....
podpis lekarza anestezjologa