

Nazwisko i Imię:

PESEL/data urodzenia:

Data kwalifikacji / porady:

Przewidywana data zabiegu:

Rodzaj zabiegu:

Choroby przewlekłe (proszę zaznaczyć):

- choroby układu krążenia (nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, zaburzenia rytmu serca, wady zastawkowe itp.)
- choroby układu oddechowego
- choroby nerek
- choroby metaboliczne (cukrzyca, fenylketonuria, dna moczanowa, inne)
- choroby/objawy neurologiczne (udar CUN, utraty przytomności, padaczka, inne)
- choroby narządu ruchu, ograniczenia ruchowe
- choroby dziedziczne, wady genetyczne (np. kręcz szyi, zez - w kierunku hipertermii złośliwej)
- przebyte zabiegi, operacje, znieczulenia, ew. powikłania
- uczulenia (leki, środki czystości, kosmetyki, żywność, metale, inne)

Komentarz / informacje dodatkowe:

Leki przyjmowane na stałe (proszę wymienić):	Użytki: <input type="checkbox"/> kawa <input type="checkbox"/> alkohol <input type="checkbox"/> papierosy <input type="checkbox"/> inne	Na stałe przyjmowane leki uspokajające, nasenne: <input type="checkbox"/> tak Jakie:..... <input type="checkbox"/> nie	wzrost	waga
			BMI	

Inne informacje ważne dla anestezjologa zdaniem pacjenta:

Badania dodatkowe/konsultacje do uzupełnienia przed znieczuleniem (wypełnia lekarz):

- wstępnie bez przeciwwskazań do znieczulenia ogólnego w trybie ambulatoryjnym (wypełnia lekarz)
- kolejna ocena po analizie zleconych badań/konsultacji (wypełnia lekarz)
- pacjent ma przeciwwskazania do znieczulenia ogólnego w trybie ambulatoryjnym (wypełnia lekarz)

.....
Data, pieczęćka i podpis Lekarza

.....
Data, podpis pacjenta