

Nazwisko i Imię: .....

PESEL/data urodzenia: .....

<b>Data kwalifikacji / porady:</b> ..... <b>Przewidywana data zabiegu:</b> .....				
<b>Rodzaj zabiegu:</b>				
<b>Choroby przewlekłe (proszę zaznaczyć):</b>				
<input type="checkbox"/> choroby układu krążenia (nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, zaburzenia rytmu serca, wady zastawkowe itp.)				
<input type="checkbox"/> choroby układu oddechowego				
<input type="checkbox"/> choroby nerek				
<input type="checkbox"/> choroby metaboliczne (cukrzyca, fenyloketonuria, dna moczanowa, inne)				
<input type="checkbox"/> choroby/ objawy neurologiczne (udar CUN, utraty przytomności, padaczka, inne)				
<input type="checkbox"/> choroby narządu ruchu, ograniczenia ruchowe				
<input type="checkbox"/> choroby dziedziczne, wady genetyczne (np. kręć szyi, zez - w kierunku hipertermii złośliwej)				
<input type="checkbox"/> przebyte zabiegi, operacje, znieczulenia, ew. powikłania				
<input type="checkbox"/> uczulenia (leki, środki czystości, kosmetyki, żywność, metale, inne)				
<b>Komentarz / informacje dodatkowe:</b>				
<b>Leki przyjmowane na stałe:</b>		<b>Użytki:</b>	<b>Na stałe przyjmowane leki uspokajające, nasenne:</b>	<b>Wzrost</b>
		<input type="checkbox"/> kawa	<input type="checkbox"/> tak	
		<input type="checkbox"/> alkohol	Jakie:.....	
		<input type="checkbox"/> papierosy	<input type="checkbox"/> nie	
		<input type="checkbox"/> inne		<b>BMI</b>
<b>Inne informacje ważne dla anestezjologa zdaniem Pacjenta:</b>				
..... Data		..... Czytelny podpis Pacjenta		
<b>Badania dodatkowe/konsultacje do uzupełnienia przed znieczuleniem (wypełnia lekarz):</b>				
<input type="checkbox"/> wstępnie bez przeciwwskazań do znieczulenia ogólnego w trybie ambulatoryjnym				
<input type="checkbox"/> kolejna ocena po analizie zleconych badań/konsultacji				
<input type="checkbox"/> pacjent ma przeciwwskazania do znieczulenia ogólnego w trybie ambulatoryjnym				
..... Data		..... Pieczętka i podpis Lekarza		