

Część 1. Uzupełnia Pacjent

Nazwisko i imię: PESEL/data urodzenia:

Rodzaj zabiegu:

Choroby przewlekłe (proszę zaznaczyć):

- ☐ choroba układu krążenia (nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, zaburzenia rytmu serca, wady zastawkowe itp.)
- ☐ choroby układu oddechowego
- ☐ choroby nerek
- ☐ choroby metaboliczne (cukrzyca, fenyloketonuria, 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)

Leki przyjmowane na stałe:

Użytki:

- ☐ kawa
- ☐ alkohol
- ☐ papierosy
- ☐ inne

Na stałe przyjmowane leki uspokajające, nasenne:

☐ tak

Jakie:
.....
.....

☐ nie

Wzrost

Waga

BMI

Inne informacje ważne dla anestezjologa zdaniem Pacjenta:

.....
Czytelny podpis Pacjenta

Część 2. Uzupełnia Lekarz

Badania dodatkowe/konsultacje do uzupełnienia przed znieczuleniem:

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

.....
Data

.....
Pieczęć i podpis Lekarza