

Anesteziologický dotazník

Titul, jméno a příjmení:

Výška v cm: Váha v kg: Datum narození:

Prosíme Vás o odpověď na následující otázky:

1. Proděláváte v současné době nějaké nachlazení nebo infekční onemocnění? **Ano** **Ne**

Pokud ano, jaké onemocnění

2. Byl(a) jste v poslední době ošetřen(a) nějakým lékařem? **Ano** **Ne**

Pokud ano, jakým lékařem a pro jaké onemocnění

3. Užíváte v současné době pravidelně léky? **Ano** **Ne**

Pokud ano, jaké léky

.....

4. Byl(a) jste někdy operován(a)? uveďte i plastické operace **Ano** **Ne**

Uveďte, jakou operaci a kdy jste podstoupil(a)

.....

5. Měl(a) jste již někdy celkovou anestezii nebo analgosedaci? **Ano** **Ne**

6. Vyskytly se nějaké komplikace? **Ano** **Ne**

Pokud ano, popište jaké

7. Dostal(a) jste někdy krevní transfúzi **Ano** **Ne**

8. Léčíte se pro nějaké onemocnění srdce? **Ano** **Ne**

Pokud ano, jaké: infarkt myokardu-uveďte měsíc /rok

onemocnění chlopní, srdeční arytmie

9. Léčíte se s vysokým krevním tlakem? **Ano** **Ne**

10. Trpíte onemocněním cév? **Ano** **Ne**

11. Trpíte onemocněním plic nebo dýchacích cest? **Ano** **Ne**

Pokud ano, uveďte jaké - např., astma, chronická bronchitida, tuberkulóza

.....

12. Trpíte onemocněním svalů nebo svalovou slabostí? **Ano** **Ne**

13. Trpíte onemocněním jater např. žloutenka, steatosa, cirrhosa? **Ano** **Ne**

14. Trpíte onemocněním ledvin např. opakované záněty, ledvinové kameny? **Ano** **Ne**

15. Máte cukrovku? **Ano** **Ne**

Pokud ano, co užíváte na snížení hladiny cukru v krvi?

16. Trpíte nějakým neurologickým onemocněním? Např. epilepsií, obrnou **Ano** **Ne**

Prodělal(a) jste cévní mozkovou příhodu? **Ano** **Ne**

17. Trpíte duševní chorobou? např. deprese, schizofrenie **Ano** **Ne**

18. Trpíte onemocněním krve? např. porucha srážení, častá tvorba modřin **Ano** **Ne**

19. Užíváte léky na ředění krve? **Ano** **Ne**

Pokud ano, uveďte jaké.....

20. Trpíte alergií? **Ano** **Ne**

Na potraviny uveďte jaké.....

Na léky uveďte jaké

Na jiné látky.....

21. Máte jiné, dosud neuvedené onemocnění? **Ano** **Ne**

Uveďte jaké.....

22. Máte snímatelnou zubní protézu? **Ano** **Ne**

23. Máte vady chrupu? např. viklavé zuby, kazové zuby **Ano** **Ne**

Pokud ano, které?.....

24. Kouříte? **Ano** **Ne**

Kolik cigaret denně?

25. Pijete alkohol? Zřídka Pravidelně **Ne**

26. Užíváte pravidelně léky na spaní? **Ano** **Ne**

Pokud ano, jaké.....

27. Pouze ženy-užíváte hormonální antikoncepci nebo hormonální substituci? **Ano** **Ne**

Uveďte další zdravotní potíže nebo jiné skutečnosti ohledně zdravotního stavu, o kterých se domníváte, že bychom měli být informováni

.....

Datum:

Podpis: