

PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Nazwisko:

Imię:

Data urodzenia: / /2.....

Wzrost: cm, Waga: kg, ASA:

Adres:

Znieczulenie: do zabiegu do badania

Jakiego?

1. Czy dziecko było leczone w ciągu ostatnich 12 miesięcy? TAK NIE

Jeżeli tak, to z powodu jakiej choroby?

.....

2. Czy dziecko było szczepione w ciągu ostatnich sześciu tygodni? TAK NIE

3. Czy dziecko zostało zaszczepione przeciwko WZW/żółtacze zakaźnej? TAK NIE

4. Czy Państwa dziecko przyjmowało leki przed przyjęciem do szpitala? TAK NIE

Jakie?

.....

5. Czy dziecko było już kiedyś operowane? TAK NIE

Jeżeli tak, to kiedy i dlaczego?

.....

Czy obserwowano w czasie narkozy szczególne reakcje? TAK NIE

Jeżeli tak, to jakie?

.....

Czy u bliskich krewnych dziecka doszło w związku z narkozą do niewyjaśnionych powikłań? TAK NIE

6. Czy Państwa dziecko otrzymało kiedyś transfuzję krwi? TAK NIE

Czy towarzyszyły temu komplikacje? TAK NIE

7. Czy u dziecka występują schorzenia mięśni lub osłabienie mięśni (miastenia)? TAK NIE

Czy schorzenia takie występowały lub występują u bliskich krewnych dziecka? TAK NIE

8. Czy dziecko rozwija się prawidłowo? TAK NIE

9. Czy dziecko sinieje przy dużych wysiłkach? TAK NIE

Czy odczuwa duszność przy wysiłkach? TAK NIE

Czy dziecko ma wadę serca? TAK NIE

Jeśli tak, to jaką?

.....

10. Czy dziecko często choruje na zapalenie oskrzeli? TAK NIE

Czy choruje na astmę? TAK NIE

Czy choruje na inne schorzenia płuc? TAK NIE

Jeżeli tak, to jakie?

.....

11. Czy ma wzmożoną skłonność do krwawień (np. częste krwotoki z nosa)? TAK NIE

Czy ma skłonność do tworzenia się rozległych siniaków? TAK NIE