

12. Czy dziecko choruje lub chorowało na infekcję dróg moczowych (np. zapalenie pęcherza moczowego, odmiedniczkowe zapalenie nerek)? TAK NIE
Jeżeli tak, to jakie?
13. Czy dziecko cierpi na choroby układu nerwowego? TAK NIE
Jeżeli tak, to jakie?
- Czy u dziecka kiedykolwiek w czasie gorączki wystąpiły drgawki? TAK NIE
Czy u dziecka kiedykolwiek wystąpiły drgawki (niegorączkowe)? TAK NIE
Jeżeli tak, to kiedy?
- Czy u dziecka kiedykolwiek miał miejsce uraz czaszki? TAK NIE
14. Czy miało wysypki po lekach lub innych substancjach? TAK NIE
Jeżeli tak, to jakich?
15. Czy dziecko choruje na:
a) cukrzycę, TAK NIE
b) inne schorzenia gruczołów wewnętrznego wydzielania. TAK NIE
Jeżeli tak, to jakie?
16. Czy dziecko ma chorobę oczu? TAK NIE
Jeżeli tak, to jaką?
17. Czy dziecko ma uszkodzone zęby (ruszające się zęby, aparaty i protezy zębowe)? TAK NIE
18. Czy dziecko ma częste zapalenia migdałków (anginy)? TAK NIE
Jeżeli tak, to kiedy ostatnio?
19. Czy dziecko cierpi na choroby uszu (np. częste zapalenia ucha środkowego)? TAK NIE
Jeżeli tak, to kiedy ostatnio?
20. Dodatkowe informacje (np. niewymienione tutaj schorzenia poprzedzające chorobę i / lub kalectwo)

W przypadku wątpliwości; schorzeń dziecka lub obciążeń rodzinnych niewymienionych w ankiecie prosimy o kontakt: tel. 604 493 908.

Badanie fizykalne:

Uwagi anestezjologa:

ASA:

Wyrażenie zgody

Zgadzam się na przeprowadzenie zabiegu w znieczuleniu

Wyrażam zgodę na przygotowawcze i towarzyszące postępowanie anestezjologiczne, łącznie z ewentualnymi koniecznymi dodatkowymi zabiegami (np. założenie cewnika dożylnego, konieczną transfuzję w czasie i po zabiegu).

Zgadzam się na medyczne uzasadnione zmiany i rozszerzenia postępowania anestezjologicznego.

Uwaga o ewentualnym ograniczeniu zgody np. ze względu na określone postępowanie anestezjologiczne lub zabiegi dodatkowe: