

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA DLA PACJENTA

Bezbolesny zabieg stomatologiczny jest możliwy dzięki nowoczesnym lekom zastosowanym podczas znieczulenia ogólnego /narkozy/. Elementami znieczulenia ogólnego są: bezbolesność, sen i niepamięć oraz zniesienie lub ograniczenie odruchów. Znieczulenie wykonuje lekarz specjalista anestezjolog, którego zadaniem jest zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa i komfortu podczas zabiegu oraz bezpośrednio po nim, aż do momentu gdy stan pacjenta pozwoli na opuszczenie sali zabiegowej. Zagrożające zdrowiu czy życiu powikłania są niezmiernie rzadkie. Lekarz szybko może zredukować niepożądane objawy występujące po znieczuleniu ogólnym, takie jak nudności, wymioty, długa senność.

Celem lepszego przygotowania pacjenta i doboru optymalnego znieczulenia przygotowaliśmy ankietę anestezjologiczną. W tym celu prosimy o jej rzetelne wypełnienie. W przypadku jakichkolwiek pytań lub wątpliwości proszę kierować je do lekarza anestezjologa. Wszystkie uzyskane informacje są poufne, stanowią część dokumentacji medycznej i objęte są tajemnicą zawodową.

Nazwisko	Imię	
PESEL	Waga (kg)	Wzrost (cm)

Proszę o dokładne zapoznanie się z pytaniami oraz zaznaczenie wiarygodnej odpowiedzi, poprzez zakreślenie obwódką właściwej odp. Tak

- Czy jest Pan/i pod stałą opieką lekarza z powodu przewlekłej choroby?** TAK NIE NIE WIEM
Jeżeli tak, to proszę podać z jakiego powodu?.....
- Czy był/a Pan/i leczony/a w szpitalu w ciągu ostatnich 12 miesięcy?** TAK NIE NIE WIEM
Jeżeli tak, to proszę podać z jakiego powodu?.....
- Czy cierpi Pan/i na choroby serca?** (przebyty zawał serca, choroba niedokrwienna, duszność wysiłkowa, zaburzenia rytmu serca, wady serca) TAK NIE NIE WIEM
- Czy cierpi Pan/i na choroby układu krążenia?** (nadciśnienie tętnicze, niskie ciśnienie krwi, częste omdlenia, żylaki kończyn, hemofilia, anemia, zapalenie żył, zaburzenia krzepnięcia) TAK NIE NIE WIEM
- Czy ma Pan/i alergię – uczulenia?** (leki, antybiotyki, pokarmy, pyłki roślin, jodynę, pokrzywka, plaster, inne substancje) TAK NIE NIE WIEM
- Czy choruje Pan/i na choroby płuc i dróg oddechowych?** (zapalenia oskrzeli, rozedma, astma, zapalenie płuc, kaszel) TAK NIE NIE WIEM
- Czy cierpi Pan/i na choroby układu nerwowego?** (padaczka, stwardnienie rozsiane, migreny, porażenia, niedowłady, depresja, nerwica) TAK NIE NIE WIEM
- Czy cierpi Pan/i na choroby układu trawiennego i wątroby?** (wrzody żołądka lub dwunastnicy, zapalenie jelita grubego, biegunki, żółtaczkę, refluks) TAK NIE NIE WIEM
- Czy choruje Pan/i na choroby przemiany materii i choroby tarczycy?** (cukrzyca, dna moczanowa, porfiria, niedoczynność/nadczynność tarczycy, nadnerczy, przysadki, wole) TAK NIE NIE WIEM
- Czy choruje Pan/i na schorzenia mięśni, kości i stawów?** (miastenia, dystrofia, wiotkość, przepukliny, choroby kręgosłupa, reumatoidalne zapalenie stawów, zmiany zwyrodnieniowe) TAK NIE NIE WIEM
- Czy występują u Pana/i choroby oczu?** (jaskra, zaćma, wady wzroku, szkła kontaktowe) TAK NIE NIE WIEM
- Czy cierpi Pan/i na chorobę genetyczną lub występowały takie w rodzinie?** TAK NIE NIE WIEM
Jeżeli tak, to proszę podać jaka?.....

13. Czy ma Pan/i uszkodzoną jamę ustną? (chwiejące się zęby, aparat ortodontyczny, proteza, wady zgryzu, rozszczep podniebienia) TAK NIE NIE WIEM

14. Inne schorzenia? Jakież?.....

15. Czy zażywa Pan/i na stałe jakieś leki? TAK NIE NIE WIEM
Jeżeli tak, to proszę podać jakie?.....

16. Czy jest PANI w ciąży? TAK NIE NIE WIEM
Jeżeli tak, to w którym miesiącu?.....

ZGODA NA ZNIECZULENIE

Świadomie i dobrowolnie wyrażam zgodę na wykonanie znieczulenia ogólnego proponowanego mi przez lekarza anestezjologa, jak również na wlew płynów, podanie leków w czasie i po zabiegu. Zostałem/am poinformowany/a o ryzyku związanym ze znieczuleniem i możliwości wystąpienia powikłań oraz miałem/am możliwość uzyskania wyczerpujących informacji i odpowiedzi na moje pytania.

Data i czytelny podpis pacjenta

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że przeczytałem/am ze zrozumieniem niniejszą ankietę oraz, że podane przeze mnie odpowiedzi są prawdziwe i nie zataiłem/am żadnych istotnych danych dotyczących mojego stanu zdrowia.

Data i czytelny podpis pacjenta.....

Data i podpis anestezjologa.....

Przychodnia Opieki Stomatologicznej

EKO – MED

Aleja Żołnierzy I AWP 3 22-100 Chełm

tel. (0-82) 564-30-74