

Ankieta

Nazwisko i imię.....wiek.....

Adres.....

Wzrost cm, waga.....kg RR/.....mm Hg

Diagnoza przedoperacyjna (wskazania do zabiegu)

.....

.....

Przebyte lub aktualne choroby:

Nadciśnienie tętnicze, choroby serca.....

Choroby płuc

Choroby układu moczowego

Choroby układu pokarmowego.....

Choroby metaboliczne (w tym cukrzyca).....

Choroby psychiczne, depresja, nerwica.....

Choroby weneryczne/AIDS:.....

Choroby uszu, oczu (w tym jaskra).....

Skaza krwotoczna/uczulenia na leki :.....

Użytki: papierosy...../dz., alkohol

Przebyte operacje w znieczuleniu ogólnym i miejscowym

Inne.....

Stosowane leki :

preparaty naporstnicy

leki obniżające ciśnienie krwi

preparaty nitrogliceryny

aspiryna/acard/polocard

lekip/zakrzepowe (Sintrom)

preparaty sterydowe

niesterydowe leki przeciwbólowe/zapalne

leki psychotropowe, antydepresyjne, nasenne

inne.....

.....

data

.....

podpis