

Data _____
Nazwisko i imię _____ Wiek _____ Waga _____
Adres stałego zamieszkania _____
Nr telefonu _____
Adres po zabiegu _____
Nr tel. osoby bliskiej, która wie o operacji _____

- | | TAK | NIE |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Czy masz obecnie jakieś dolegliwości? Jeśli tak, proszę podać szczegóły: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | |
| _____ | | |
| 2. Czy w przeszłości chorowałeś(aś) na: | | |
| a. Serce (choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Nadciśnienie tętnicze? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Choroby układu oddechowego (astma, zapalenia oskrzeli, płuc)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Żółtaczkę zakaźną? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Choroby nerek? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Cukrzycę? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Choroby tarczycy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Zaburzenia krzepnięcia krwi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Zakrzepicę (np. żyłaków podudzi)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Ciężkie zapalenie stawów? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Choroby psychiczne (np. nadmierne pobudzenie lub ciężka depresja)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Padaczkę, drgawki, utraty przytomności? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Inne nie wymienione choroby? Jeśli tak, proszę podać szczegóły: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | |
| 3. Czy przyjmujesz stałe leki (tabletki, iniekcje, inhalacje)? Jeśli tak, proszę podać szczegóły: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | |
| 4. Czy jesteś alergikiem i czy wiesz na jakie substancje lub leki jesteś uczulony(a)?
Jeśli tak, proszę podać szczegóły: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | |
| 5. Czy byłeś(aś) kiedyś znieczulany(a) ogólnie? Jeśli tak, proszę podać szczegóły: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | |
| 6. Czy wg Twojej wiedzy, Ty lub ktoś z członków Twojej rodziny miał problemy
w związku ze znieczuleniem lub operacją? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Czy palisz papierosy? Jeśli tak, to ile _____ i jak długo _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Czy pijesz alkohol? Jeśli tak, to ile w ciągu tygodnia: _____ jak długo: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Czy może Pani być w ciąży? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Czy używasz szkieł kontaktowych, protez zębowych lub innych (ozdoby metalowe w ciele)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Kiedy ostatnio jadłeś(aś) lub piłeś(aś) płyny? | | |
| _____ | | |