

## Ankieta stanu zdrowia pacjenta

Data \_\_\_\_\_

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_

**Czy choruje lub chorował/a Pani/Pan na ( jeśli tak to proszę podać od jak dawna i jakie leki Pani/Pan przyjmuje):**

Astmę \_\_\_\_\_

Cukrzycę \_\_\_\_\_

Choroby serca \_\_\_\_\_

Nadciśnienie tętnicze \_\_\_\_\_

Choroby nerek \_\_\_\_\_

Choroby płuc \_\_\_\_\_

Choroby przewodu pokarmowego \_\_\_\_\_

Choroby wątroby \_\_\_\_\_

Choroby krwi \_\_\_\_\_

Chorobę nowotworową \_\_\_\_\_

Padaczkę \_\_\_\_\_

Inne choroby neurologiczne \_\_\_\_\_

Depresję \_\_\_\_\_

Inne choroby psychiczne \_\_\_\_\_

Zakrzepicę żył głębokich kończyn dolnych \_\_\_\_\_

Żylaki kończyn dolnych \_\_\_\_\_

Czy była Pani/był Pan kiedyś operowana/y ? Jeśli tak, to proszę podać szczegóły \_\_\_\_\_

Czy w trakcie lub po operacji wystąpiły jakieś powikłania? Jeśli tak, to proszę podać szczegóły \_\_\_\_\_

Czy do operacji zastosowano znieczulenie: \_\_\_\_\_

Ogólne dotchawicze \_\_\_\_\_

Zewnątrzożonowe lub podpajęczynówkowe \_\_\_\_\_

Sedacja dożylna \_\_\_\_\_

- Czy podczas znieczulenia wystąpiły jakieś powikłania? Jeśli tak, to proszę podać szczegóły \_\_\_\_\_
- Czy jest Pani uczulona/Pan uczulony na jakieś leki, pokarmy, środki chemiczne lub inne substancje? \_\_\_\_\_    
Jeśli tak, to czym się objawiają i jakie leki Pani/Pan przyjmuje? \_\_\_\_\_
- Czy miała Pani/miał Pan problemy z krzepnięciem krwi? \_\_\_\_\_
- Czy Pani rodziła (jeśli tak to proszę podać lata porodów)? \_\_\_\_\_
- Czy miesiączkuje Pani regularnie? \_\_\_\_\_
- Czy przyjmuje Pani hormonalne środki antykoncepcyjne lub hormonalną terapię zastępczą? \_\_\_\_\_
- Czy pali Pani/Pan papierosy ? Jeśli tak to od jak dawna i ile? \_\_\_\_\_
- Czy pije Pani/Pan napoje alkoholowe? Jeśli tak to jak często i w jakiej ilości? \_\_\_\_\_

---

Podpis pacjenta/pacjentki