

PACJENT/KA .....

WAGA ..... kg

WZROST ..... cm

PESEL / DATA URODZENIA .....

Czy występują (lub kiedykolwiek występowały) u Pani/Pana następujące objawy lub choroby:

PRAWIDŁOWE ODPOWIEDZI ZAZNACZYĆ KÓŁKIEM np. TAK / **(NIE)**

Nadciśnienie tętnicze	TAK	NIE
Choroba wieńcowa	TAK	NIE
Przebyty zawał mięśnia serca Kiedy? (proszę podać datę) .....	TAK	NIE
Niewydolność serca	TAK	NIE
Stenty w naczyniach wieńcowych	TAK	NIE
Zaburzenia rytmu serca	TAK	NIE
(proszę zakreślić jakie) bradykardia / tachykardia / napadowe migotanie przedsionków / utrwalone migotanie przedsionków inne.....		
Stymulator serca / Defibrylator-Kardiowerter	TAK	NIE
data ostatniej kontroli .....		
Wada zastawkowa serca	TAK	NIE
Jaka? (proszę podać nazwę choroby) .....		
Zakrzepica	TAK	NIE
Zatorowość płucna	TAK	NIE
POCHP / Astma oskrzelowa	TAK	NIE
Udar mózgu	TAK	NIE
Padaczka	TAK	NIE
Niewydolność nerek	TAK	NIE

Cukrzyca	TAK	NIE
Choroby tarczycy	TAK	NIE
(proszę zakreślić jakie) niedoczynność / nadczynność / wole guzowate tarczycy inne.....		
Choroba wrzodowa żołądka, refluks	TAK	NIE
Choroby kręgosłupa	TAK	NIE
Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS)	TAK	NIE
Choroba mięśni	TAK	NIE
Choroba mięśni w rodzinie	TAK	NIE
Choroba wątroby	TAK	NIE
(proszę zakreślić jaka) zapalna / marskość / niewydolność inna.....		
Choroba psychiczna	TAK	NIE
Nikotyzm	TAK	NIE
Uzależnienie od alkoholu	TAK	NIE
Uzależnienie od narkotyków	TAK	NIE
Czy jest Pani w ciąży?	TAK	NIE
Uczulenia (katar sienny, leki, pokarmy)	TAK	NIE
Jakie/Jaka? (proszę wymienić na co) .....		
Inne, niewymienione powyżej choroby	TAK	NIE
Jakie? (proszę podać nazwę choroby) .....		

Czy znajduje się Pani/Pan pod opieką lekarza z powodu choroby przewlekłej?	TAK	NIE			
Czy obecnie przyjmuje Pani/Pan jakieś leki?	TAK	NIE			
Jakie? (proszę wpisać nazwę leku i dawkę)					
NAZWA LEKU	DAWKA	NAZWA LEKU	DAWKA	NAZWA LEKU	DAWKA
Czy była/był Pani/Pan operowana/operowany?	TAK	NIE			
(proszę wpisać nazwę operacji i rok zdarzenia)					
Czy w trakcie poprzednich znieczuleń wystąpiły jakieś problemy?	TAK	NIE			
Jakie? (proszę opisać problem)					
W naszym szpitalu w trakcie operacji stosowana jest muzykoterapia. Proszę o zaznaczenie rodzaju muzyki?					
<input type="checkbox"/> muzyka relaksująca	<input type="checkbox"/> muzyka klasyczna	<input type="checkbox"/> muzyka jazzowa	<input type="checkbox"/> muzyka rozrywkowa		

Oświadczam, że nie zataiłam/em żadnych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia. Podane informacje są prawdziwe i kompletne.

.....  
DATA.....  
PODPIS PACJENTA/KI LUB OPIEKUNA PRAWNEGO