

Anesteziologický dotazník / Žádost o předoperační vyšetření

Jméno, příjmení:	Rodné číslo: _____ / _____
Bydliště:	
Zdr.pojišťovna č.:	Dg.č.:

Souhlasné prohlášení

Souhlasím s provedením plánovaného výkonu v anestézii (celkové – místní). Souhlasím dále výslovně s anesteziologickou péčí před výkonem, během výkonu i po něm, včetně nutných zákroků s tím spojených. Jsem srozuměn s lékařsky prospěšnými změnami a rozšířeními anestézie, stejně jako s možným léčením na jednotce intenzivní péče. Beru na vědomí veškerá rizika, která plynou jak z uvedení nepravdivých údajů o mém zdravotním stavu, tak z nedodržení lékařských pokynů (např. rizika aspirace zvratků při nedodržení lačnění).

Dne:

Podpis:

ANAMNÉZA			
Těl. hmotnost (kg)		Výška (cm)	
<ul style="list-style-type: none"> Užíváte léky? Jestli ano, které? Uvedte všechny (i proti bolesti, na spaní, antikoncepci ...), včetně dávkování. 			ANO NE
<ul style="list-style-type: none"> Podstoupil/a jste někdy celkovou nebo místní anestézii? (O jaký zákrok se jednalo a kdy to bylo?) 			ANO NE
<ul style="list-style-type: none"> Snášel(a) jste dobře anestézii? 			ANO NE
<ul style="list-style-type: none"> Došlo u pokrevních příbuzných v souvislosti s anestézií k nějaké příhodě? 			ANO NE
<ul style="list-style-type: none"> Máte pocit tuhé čelisti při pití zrnkové kávy? 			ANO NE
Trpíte nebo trpěl(a) jste někdy některým z těchto onemocnění: (Prosíme, při odpovědi zatrhněte příslušné onemocnění, případně doplňte. Možno i v závěru.)			
<ul style="list-style-type: none"> Onemocnění svalů nebo svalová slabost? (Je podobné onemocnění u pokrevních příbuzných?) 			ANO NE
<ul style="list-style-type: none"> Onemocnění srdce (například srdeční infarkt, angína pectoris, srdeční vada, nedostatek dechu při chůzi do schodů, zánět srdce, poruchy srdečního rytmu) 			ANO NE
<ul style="list-style-type: none"> Oběhové a cévní onemocnění (například vysoký krevní tlak, křečové žíly, ucpávání cév) 			ANO NE
<ul style="list-style-type: none"> Onemocnění plic nebo dýchacích cest (např. astma bronchiale, chronická bronchitida, tuberkulóza, zápal plic, rozedma plic) 			ANO NE
<ul style="list-style-type: none"> Onemocnění jater (např. žloutenka, tvrdnutí jater) 			ANO NE
<ul style="list-style-type: none"> Onemocnění ledvin (např. zánět ledvin, kameny) 			ANO NE
<ul style="list-style-type: none"> Poruchy látkové přeměny (např. cukrovka, dna, poruchy tukového metabolismu) 			ANO NE
<ul style="list-style-type: none"> Onemocnění štítné žlázy (např. struma) Onemocnění očí (např. šedý nebo zelený zákal) 			ANO NE

▪ Nervové onemocnění (např. epilepsie, obrny, mozkové příhody, roztroušená skleróza)	ANO NE
▪ Psychické poruchy (např. deprese)	ANO NE
▪ Onemocnění pohybového aparátu (např. onemocnění páteře, bolesti zad, kloubní onemocnění)	ANO NE
▪ Krevní onemocnění, poruchy krevní srážlivosti (např. sklon ke krvácení z nosu, hemofilie..)	ANO NE
▪ Je nebo bylo podobné onemocnění u pokrevních příbuzných?	ANO NE
▪ Alergie (např. léky, dezinfekce, senná rýma, přecitlivělost na některé potraviny, náplast)	ANO NE
▪ Trpíte nějakou jinou, zde neuvedenou nemocí? Jestliže ano, jakou?	ANO NE
▪ Máte pevnou zubní náhradu, můstek, korunky, viklavé zuby, vyjímatelnou zubní náhradu?	ANO NE
▪ Kouříte pravidelně? Co a kolik?	ANO NE
▪ Pijete denně alkohol? Co a kolik?	ANO NE
▪ Jiné	

Žádanka o interní předoperační vyšetření

Rozsah a obsah předoperačního vyšetření viz doporučený postup interního předoperačního vyšetření před elektivními operačními výkony dle Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR č. 1/2018.