

Anesteziologický dotazník / Žádost o předoperační vyšetření

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

6 hodin PŘED ZÁKROKEM V CELKOVÉ ANESTEZII NEJÍST, NEPÍT, NEKOUŘIT!

ANAMNÉZA			Nehodící se škrtněte
Těl. hmotnost (kg)		Výška (cm)	
<ul style="list-style-type: none"> Užíváte léky? Jestli ano, které? Uveďte 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? V případě, že NE uveďte podrobnosti v závěru dotazníku. 			ANO NE
<ul style="list-style-type: none"> Máte pocit tuhé čelisti při pití zrnkové kávy? 			ANO NE
<p>Trpíte nebo trpěl(a) jste někdy některým z těchto onemocnění: <i>(Prosíme, při odpovědi zatrhněte příslušné onemocnění, případně doplňte. Možno i v závěru.)</i></p>			
<ul style="list-style-type: none"> Onemocnění srdce (například srdeční infarkt, angina 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, štítná žláza, poruchy tukového metabolismu) 			ANO NE
<ul style="list-style-type: none"> Nervové, svalové a oční onemocnění (např. epilepsie, obrny, mozkové příhody, roztroušená skleróza, šedý zákal, zelený zákal) 			ANO NE
<ul style="list-style-type: none"> Psychické poruchy (např. deprese) 			ANO NE
<ul style="list-style-type: none"> Onemocnění pohybového aparátu (např. onemocnění páteře, bolesti zad, kloubní onemocnění) 			ANO NE
<ul style="list-style-type: none"> Krevní onemocnění, poruchy krevní srážlivosti (např. sklon ke krvácení z nosu, hemofilie..) 			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 zubní náhradu? (např. 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	

Datum a podpis pacienta

Žádanka o interní předoperační vyšetření (provádí internista/PL)

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

- Výkon kategorie A (malé výkony)
 Výkon kategorie B (střední výkony)
 Výkon kategorie C (velké výkony)

Eventuelně další požadovaná vyšetření nad rámec standartního vyšetření:

Ko+diff. Trombocyty INR APTT Na K Cl Ca P ALT AST Bilirubin HBsAg Urea Kreatinin

Moč na kultivaci a citlivost

Razítko a podpis indikujícího lékaře

EKG popis + závěr:

RTG S+P:

Závěr interního vyšetření včetně vyjádření ke kardiální kompenzaci:

Kardio-pulmonálně kompenzován - ANO NE

Razítko a podpis lékaře (PL/internista)

Předoperační vyšetření nesmí být starší než 21 dní!