

## Anesteziologický dotazník / Žádost o předoperační vyšetření

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

**PŘED ZÁKROKEM V CELKOVÉ ANESTEZII 8 hodin NEJÍST, 6 hodin NEPÍT, 24 hodin NEKOUŘIT!**

ANAMNÉZA			Zakroužkujte správnou odpověď
Těl. hmotnost (kg)		Výška (cm)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Užíváte léky?            Jestli ano, které? Uveďte všechny (i proti bolesti, na spaní, antikoncepci ...), včetně dávkování.            .....            .....</li> </ul>			ANO NE
<ul style="list-style-type: none"> <li>Podstoupil/a jste někdy celkovou nebo místní anestézii? (O jaký zákrok se jednalo a kdy to bylo?)            .....            .....</li> </ul>			ANO NE
<ul style="list-style-type: none"> <li>Snášel(a) jste dobře anestézii? V případě, že NE uveďte podrobnosti v závěru dotazníku.</li> </ul>			ANO NE
<ul style="list-style-type: none"> <li>Máte pocit tuhé čelisti při pití zrnkové kávy?</li> </ul>			ANO NE
<b>Trpíte nebo trpěl(a) jste někdy některým z těchto onemocnění:</b> <i>(Prosíme, při odpovědi zatrhněte příslušné onemocnění, případně doplňte. Možno i v závěru.)</i>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Onemocnění srdce (například srdeční infarkt, angina pectoris, srdeční vada, nedostatek dechu při chůzi do schodů, zánět srdce, poruchy srdečního rytmu)</li> </ul>			ANO NE
<ul style="list-style-type: none"> <li>Oběhové a cévní onemocnění (například vysoký krevní tlak, křečové žíly, ucpávání cév)</li> </ul>			ANO NE
<ul style="list-style-type: none"> <li>Onemocnění plic nebo dýchacích cest (např. astma bronchiale, chronická bronchitida, tuberkulóza, zápal plic, rozedma plic)</li> </ul>			ANO NE
<ul style="list-style-type: none"> <li>Onemocnění jater (např. žloutenka, tvrdnutí jater)</li> </ul>			ANO NE
<ul style="list-style-type: none"> <li>Onemocnění ledvin (např. zánět ledvin, kameny)</li> </ul>			ANO NE
<ul style="list-style-type: none"> <li>Poruchy látkové přeměny (např. cukrovka, dna, štítná žláza, poruchy tukového metabolismu)</li> </ul>			ANO NE
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nervové, svalové a oční onemocnění (např. epilepsie, obrny, mozkové příhody, roztroušená skleróza, šedý zákal, zelený zákal)</li> </ul>			ANO NE
<ul style="list-style-type: none"> <li>Psychické poruchy (např. deprese)</li> </ul>			ANO NE
<ul style="list-style-type: none"> <li>Onemocnění pohybového aparátu (např. onemocnění páteře, bolesti zad, kloubní onemocnění)</li> </ul>			ANO NE
<ul style="list-style-type: none"> <li>Krevní onemocnění, poruchy krevní srážlivosti (např. sklon ke krvácení z nosu, hemofilie..)</li> </ul>			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 ..... Razítko a podpis lékaře .....

**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)

*V případě patologických výsledků nás prosím kontaktujte na tel. 49 57 57 127, 49 57 57 177.*

**Předoperační vyšetření nesmí být starší než 21 dní!**