

# KARTA OCENY ANESTEZJOLOGICZNEJ I PREMEDIKACJI

Do oddziału: CHIRURGII / GINEKOLOGII / POŁOŻNICZY / ORTOPEDII / OIT / INNY\*

Imię i nazwisko chorej(go) .....

Data urodzenia ..... Imię i nazwisko rodzica lub opiekuna .....

Rozpoznanie (wskazania do zabiegu) .....

## I. Wywiad

1. Przebyte znieczulenia? Kiedy ..... powód .....		
Kiedy ..... powód .....		
Kiedy ..... powód .....		
2. Powikłania po znieczuleniach	TAK	NIE
3. Czy występowały powikłania po znieczuleniach w rodzinie?	TAK	NIE
4. Choroby obecnie leczone: Jeżeli tak, to jakie?	TAK	NIE
5. Czy przyjmowane są obecnie jakiekolwiek leki? Jeżeli tak, to jakie?	TAK	NIE
6. Choroby serca i naczyń, w tym nadciśnienie tętnicze	TAK	NIE
7. Czy występowały choroby płuc?	TAK	NIE
8. Czy występowały choroby nerek?	TAK	NIE
9. Czy choruje Pani/Pan na cukrzycę?	TAK	NIE
10. Czy występowały jakiekolwiek UCZULENIA?	TAK	NIE
11. Czy używa Pani/Pan leki nasenne, p.depresyjne?	TAK	NIE
12. Czy używa Pani/Pan leki hormonalne?	TAK	NIE
13. Czy używa Pani/Pan leki steroidowe (Encorton, Dexamethason itp.)?	TAK	NIE
14. Czy używa Pani/Pan leki p.alergiczne?	TAK	NIE
15. Czy pali Pani/Pan papierosy?	TAK	NIE
16. Czy nadużywa Pani/Pan alkoholu i innych środków odurzających?	TAK	NIE
17. Czy u Pani/Pan występuje przedłużające się krwawienie z nosa, skaleczenia itp. ?	TAK	NIE
18. Czy u Pani/Pan lub w rodzinie występują choroby mięśni ?	TAK	NIE