

АНКЕТА пациента перед оперативным вмешательством

(заполняется пациентом перед операцией)

Просим Вас быть предельно внимательными и откровенными при заполнении данной анкеты, поскольку полная информация о состоянии Вашего здоровья имеет большое значение в выборе оптимального вида анестезии и хирургического вмешательства.

Неполная или недостоверная информация может причинить вред Вашему здоровью.

1. Ф.И.О. _____
2. Дата планируемой операции: _____
3. Есть ли у Вас какие-либо жалобы на здоровье в настоящий момент времени?
(если да то какие)

4. Есть ли у Вас какие-либо сопутствующие (острые или хронические) заболевания? (укажите даже те, которые в настоящий момент времени не активны)

5. Есть ли у Вас какие-либо инфекционные (острые или хронические) заболевания? (укажите даже те, которые в настоящий момент времени не активны)

6. Перенесенные операции? (укажите год, название операции, вид анестезиологического пособия, осложнения были или нет)

7. Переливали ли Вам препараты крови?

8. Аллергия пищевая?

9. Аллергия на медикаменты?

10. Аллергия бытовая?

11. Принимаете ли Вы лекарственные препараты, БАДы, витамины? (если да, то название препарата, кратность приема, доза в миллиграммах)

12. Находитесь ли Вы на диспансерном учете у врача? (если да то какого)

13. Есть ли у Вас дети? (год рождения, роды самостоятельные, кесарево сечение, были-ли осложнения)

14. Ваш рост: _____

15. Ваш вес: _____

16. Есть ли(были ли у Вас) какие либо заболевания слизистых оболочек? (если да то какие)

17. Есть ли у Вас съемные протезы в полости рта?

18. Если ли у Вас (были ли у Вас) какие-либо заболевания костно-суставного аппарата? (если да то какие)

19. Есть ли у Вас остеохондроз либо нарушения подвижности в позвоночнике аппарата? (если да то какие)

20. Есть ли (были ли у Вас) какие либо заболевания придаточных пазух носа, гортани, трахеи, бронхов, легких? (если да то какие)

21. Есть ли (были ли у Вас) какие либо заболевания сердца, сосудов? (если да то какие)

22. Есть ли (были ли у Вас) какие либо нарушения ритма сердца? (если да то какие)

23. Укажите привычные для Вас цифры артериального давления и пульса?

24. Есть ли (были ли у Вас) какие либо заболевания печени? (если да то какие)

25. Есть ли (были ли у Вас) какие либо заболевания почек? (если да то какие)

26. Есть ли (были ли у Вас) какие либо заболевания желудка? (если да то какие)

27. Есть ли (были ли у Вас) какие либо заболевания поджелудочной железы? (если да то какие)

28. Есть ли (были ли у Вас) какие либо заболевания кишечника? (если да то какие)

29. Есть ли (были ли у Вас) какие либо заболевания селезенки? (если да то какие)

30. Есть ли (были ли у Вас) какие либо заболевания репродуктивной сферы? (если да то какие)

31. Есть ли (были ли у Вас) какие либо заболевания центральной или периферической нервной системы? (если да то какие)

32. Есть ли у Вас (были ли у Вас) какие либо особенности электрокардиограммы? (если да то какие)

33. Есть ли у Вас (были ли у Вас) какие либо особенности флюорограммы? (если да то какие)

В зависимости от вида операции и Вашего состояния Врач выберет тот или иной вид анестезии, оптимально отвечающий требованиям Вашей безопасности. Мы просим Вас **внимательно отнестись ко всем вопросам**, это залог Вашей безопасности во время операции и в ближайшем послеоперационном периоде.

Заполнил (Ф.И.О., дата, подпись)