

ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНА АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНА АНКЕТА

Завданням анестезіолога є проведення знеболення пацієнта, що дозволяє безболісно виконати оперативне втручання. Анестезіолог забезпечує безболісність операції шляхом застосування загального наркозу або регіонарної (провідникової) анестезії, яка викликає знеболення лише оперованої частини тіла. Під час операції анестезіолог дбає про безпеку пацієнта, а після її завершення застосовує лікування, що забезпечує безболісність.

Деякі операції можна проводити під загальним наркозом, інші - під місцевою анестезією. Обидва види анестезії можуть викликати ускладнення, про які ваш анестезіолог проінформує вас під час передопераційного візиту.

Для того, щоб знизити ризик ускладнень, необхідно заповнити анкету, отриману перед операцією; на основі зібраної інформації анестезіолог обере найбільш відповідний вид анестезії. Під час розмови з анестезіологом, будь ласка, підпишіть згоду на обраний вами вид анестезії.

Прізвище	Ім'я	
Дата народження	Ріст	Вага
Професія		
Адреса		
ДІАГНОЗ / ОПЕРАЦІЯ:		

Чи проходитье ви зараз лікування? ТАК НІ НЕ ЗНАЮ

Якщо так, то з приводу якого захворювання?

.....

Які ліки ви зараз приймаєте?

.....

Чи були ви раніше оперовані?

a року.....

b року.....

c року.....

d року.....

Чи добре ви перенесли анестезію? ТАК НІ НЕ ЗНАЮ

Вам робили переливання крові? ТАК НІ НЕ ЗНАЮ

Захворювання серця (інфаркт міокарда, запалення, вади, ішемія міокарда) ТАК НІ НЕ ЗНАЮ

Захворювання серця (інфаркт міокарда, запалення, вади, ішемія міокарда) ТАК НІ НЕ ЗНАЮ

Захворювання кровообігу (високий кров'яний тиск, низький кров'яний тиск, непритомність, втома, задишка) ТАК НІ НЕ ЗНАЮ

Судинні захворювання (варикозне розширення вен, біль в литках при ходьбі, поганий кровообіг в кінцівках, флебіт) ТАК НІ НЕ ЗНАЮ

Захворювання легенів (туберкульоз, пневмонія, емфізема, пневмоконіоз) ТАК НІ НЕ ЗНАЮ

Респіраторні захворювання (астма, хронічний бронхіт) ТАК НІ НЕ ЗНАЮ

Захворювання шлунка (запалення, виразкова хвороба)	<input type="checkbox"/> ТАК	<input type="checkbox"/> НІ	<input type="checkbox"/> НЕ ЗНАЮ
Захворювання печінки (жовтяниця, стеатоз)	<input type="checkbox"/> ТАК	<input type="checkbox"/> НІ	<input type="checkbox"/> НЕ ЗНАЮ
Захворювання сечовивідних шляхів (нефрит, камені в нирках, утруднене сечовипускання)	<input type="checkbox"/> ТАК	<input type="checkbox"/> НІ	<input type="checkbox"/> НЕ ЗНАЮ
Метаболічні захворювання (діабет, подагра)	<input type="checkbox"/> ТАК	<input type="checkbox"/> НІ	<input type="checkbox"/> НЕ ЗНАЮ
Захворювання щитовидної залози (зоб, гіпертиреоз, гіпотиреоз)	<input type="checkbox"/> ТАК	<input type="checkbox"/> НІ	<input type="checkbox"/> НЕ ЗНАЮ
Захворювання очей (глаукома)	<input type="checkbox"/> ТАК	<input type="checkbox"/> НІ	<input type="checkbox"/> НЕ ЗНАЮ
Захворювання нервової системи (параліч, судоми, інсульт)	<input type="checkbox"/> ТАК	<input type="checkbox"/> НІ	<input type="checkbox"/> НЕ ЗНАЮ
Зміни настрою (депресія, невроз)	<input type="checkbox"/> ТАК	<input type="checkbox"/> НІ	<input type="checkbox"/> НЕ ЗНАЮ
Захворювання опорно-рухового апарату (радикуліт, зміни хребта, суглобів, слабкість м'язів)	<input type="checkbox"/> ТАК	<input type="checkbox"/> НІ	<input type="checkbox"/> НЕ ЗНАЮ
Захворювання крові та системи згортання (схильність до кровотеч, утворення синців)	<input type="checkbox"/> ТАК	<input type="checkbox"/> НІ	<input type="checkbox"/> НЕ ЗНАЮ
Алергії (сінна лихоманка, висип, алергія на їжу, ліки, пластир, йод)	<input type="checkbox"/> ТАК	<input type="checkbox"/> НІ	<input type="checkbox"/> НЕ ЗНАЮ
Інші захворювання, не зазначені вище. Які?			
Чи вагітні Ви?	<input type="checkbox"/> ТАК	<input type="checkbox"/> НІ	<input type="checkbox"/> НЕ ЗНАЮ
Коли у Вас була остання менструація?			
Ви носите зубні протези або контактні лінзи?	<input type="checkbox"/> ТАК	<input type="checkbox"/> НІ	
Ви палите сигарети? а. Якщо так, то скільки? б. Якщо кинули — з якого часу?			
Чи вживаєте ви алкоголь?	<input type="checkbox"/> ТАК	<input type="checkbox"/> РІДКО	<input type="checkbox"/> НЕБАГАТО <input type="checkbox"/> РЕГУЛЯРНО <input type="checkbox"/> РЕГУЛЯРНО У ВЕЛИКІЙ КІЛЬКОСТІ
Чи приймаєте ви заспокійливі або снодійні препарати? Які?.....	<input type="checkbox"/> ТАК	<input type="checkbox"/> НІ	<input type="checkbox"/> НЕ ЗНАЮ
У день процедури пацієнт перебуває натще	<input type="checkbox"/> ТАК	<input type="checkbox"/> НІ	Не їв і не пив від годин.

ЗАЯВА ПАЦІЄНТА

Лікар сьогодні провів/провела зі мною бесіду, пояснивши питання щодо анестезії перед операцією. Під час цієї розмови я змогла поставити будь-які питання, які мене цікавили, щодо типу анестезії, ризиків та інших до- і післяопераційних обставин.

ЗГОДА НА АНЕСТЕЗІЮ

Я висловлюю згоду на загальну/місцеву анестезію для проведення процедури, а також на супутнє лікування (інфузії, переливання, лікування кровообігу, дихання) під час та після процедури. Я згоден з медичними змінами або розширенням анестезіологічного втручання в цьому виді анестезії.

Підпис лікаря

Підпис лікаря

.....

.....

Примітки лікаря:

.....

