

ANESTEZIOLOGICKÝ DOTAZNÍK

Jméno a Příjmení:	
Rodné číslo:	

Zaškrtněte “ X “ ANO nebo NE, a podtrhněte v textu možnost, která odpovídá skutečnosti

	ANO	NE
Byl(a) jste v minulosti na nějaké operaci?		
Víte o nějakých komplikacích během Vaší minulé operace nebo po operaci?		
Víte, že by někdo z Vašich příbuzných měl komplikace při anestezii (např. nejasné úmrtí při operaci)?		
Máte nějakou alergii? Doplňte, jakou.....		
Léčíte se s vysokým krevním tlakem (jak dlouho)?		
Léčíte se se srdcem (míváte bolesti za hrudní kostí, otoky nohou, poruchy srdečního rytmu, zadýcháváte se při námaze, prodělal(a) jste srdeční infarkt)?		
Míváte potíže s dýcháním – máte např. průduškové astma, chronickou bronchitidu?		
Prodělal(a) jste v životě zápal plic? Covid? TBC plic?		
Užíváte léky na snížení tuků v krvi?		
Léčíte se na cukrovku? Zaškrtněte formu léčby: dieta, tablety, inzulin.		
Léčíte se se štítnou žlázou?		
Užíval(a) jste někdy kortikoidy jako Prednison, Hydrocortison, Pulmicort...atd.?		
Léčíte se s neurologickým onemocněním (epilepsie, myastenie, migrény, obrny nervů, roztroušená sklerosa, stav po “mrtvičce”, borelioze, bolesti/ operace páteře)?		
Léčíte se se zeleným zákalem (glaukom) – zvýšeným nitroočním tlakem?		
Léčíte se na psychiatrii? S jakým onemocněním?.....		
Máte potíže se zažíváním? Trpíte vředovou chorobou žaludku / dvanáctníku?		
Byl(a) jste někdy hospitalizován(a) pro onemocnění slinivky?		
Léčil(a) jste se někdy pro onemocnění jater (žloutenka, mononukleóza)?		
Krvácíte někdy delší dobu z nosu, po zranění, vytržení zubu? Měl(a) jste někdy transfuzi?		
Jste nebo byl(a) jste dárce krve?		
Prodělal(a) jste někdy onemocnění ledvin (záněty, kameny)?		
Máte křečové žíly, prodělal(a) jste někdy záněty žil (trombóza, embolie)?		
Léčil(a) jste se na onkologii, byl(a) jste ozařován(a), zhubl(a) jste v poslední době?		
Léčíte se s jiným, zde neuvedeným onemocněním? Jakým?.....		
Máte nějaké další ev. neléčené obtíže, které zde nebyly uvedeny?		
Máte v těle cizorodý materiál (kardiostimulátor, umělý kloub, prsní implantát atp.)?		
Máte kontaktní čočky, naslouchadlo, zubní protézu, či uvolněné zuby?		
Potýkáte se s poruchou spánku? (Máte CPAP přístroj z důvodu spánkové apnoe?)		
Existuje možnost, že byste byla těhotná?		
Kouříte? Kolik.....		
Máte po černé kávě pocit ztuhlosti kolem úst?		
Požíváte více alkohol nebo máte jiné závislosti? Uveďte druh + množství/den		
Uveďte prosím Vaši váhu..... kg a výškucm		