

ANKIETA PRZEDOPERACYJNA

NAZWISKO I IMIĘ:

PESEL: TELEFON/email.....

ADRES:

wzrost:..... waga.....

1. Czy cierpi Pani na zaburzenia przemiany materii (np. cukrzycę) lub zaburzenia pracy istotnych organów (np. serca, naczyń krwionośnych, płuc, nerek, wątroby, tarczycy)?

NIE TAK: Jakież?

2. Czy występują u Pani objawy chorobowe ze strony układu krążenia (ból w klatce piersiowej, kołatanie serca, duszność, omdlenia, obrzęki, bóle niedokrwienne kończyn, inne)?

NIE TAK: Jakież?

3. Czy występują u Pani objawy ze strony układu oddechowego (duszność, kaszel, inne)?

NIE TAK: Jakież?

4. Czy występują u Pani objawy ze strony układu pokarmowego lub moczowo-płciowego (ból brzucha, biegunki, krwawienie z przewodu pokarmowego, zgaga, ból przy oddawaniu moczu, inne)?

NIE TAK: Jakież?

5. Czy cierpi Pani na przewlekłą infekcję (np. wirusowe zapalenie wątroby, AIDS, gruźlica)?

NIE TAK: Jakież?

6. Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni chorowała Pani z gorączką?

NIE TAK: Jakież?

7. Czy była Pani szczepiona przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (tzw. „żółtaczką zakaźną”)? Ile razy? Kiedy?

NIE TAK:

8. Czy kiedykolwiek zaobserwowano u Pani alergię, np. na leki, plastry, lateks, produkty spożywcze?

NIE TAK: Jakież?

9. Czy była Pani kiedykolwiek operowana?

NIE TAK: Co to był za zabieg?

10. Czy w trakcie wcześniejszych operacji lub skaleczeń (np. przy leczeniu zęba) dochodziło do wzmożonych krwawień?

NIE TAK:

11. Czy w przypadku wcześniejszych ran dochodziło do zwolnionego procesu gojenia, powstania ropni, przetoki lub dużych blizn?

NIE TAK:

12. Czy występują u Pani żylaki?

NIE TAK:

13. Czy kiedykolwiek dochodziło u Pani do zakrzepicy lub tworzenia się zatorów?

NIE TAK:

14. Czy leczy się Pani lub leczyła się Pani w przeszłości neurologicznie lub psychiatrycznie (np. padaczka, stwardnienie rozsiane, zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowe, inne)?

NIE TAK: Proszę opisać w skrócie przebieg leczenia i stan obecny.
.....

15. Czy przyjmuje Pani regularnie jakieś leki?

NIE TAK: Jakież?

16. Czy w ciągu ostatnich 10 dni przyjmowała Pani leki wpływające na krzepliwość krwi (np. leki przeciwzakrzepowe, aspiryna, acenocumarol, warfaryna, inne)?

NIE TAK: Jakież?

17. Wywiad ginekologiczny:

Proszę podać datę ostatniej miesiączki:.....

Proszę podać ilość ciąż i porodów:

Czy karmiła Pani piersią? Jak długo?

18. Czy w wykonywanych badaniach piersi miała Pani wykryte jakieś nieprawidłowości?

NIE TAK: Jakież?

19. Czy u Pani w rodzinie występowały choroby piersi, rak piersi?

NIE TAK:

20. Czy pali Pani papierosy?

NIE TAK: Ile dziennie?

Podpis pacjentki:.....