

DOTAZNÍK

Příjmení Jméno r.č.
Bydliště tel. zdr. poj.
Na jaký zákrok jdete váha výška

Jaké operace jste již prodělal/a a v jaké anestezii (místní, svodná, celková):

Víte o nějakých komplikacích u Vás během nebo po operaci (popište je):

Zaškrtněte × ANO nebo NE, event. podtrhněte co se hodí	ANO	NE
1. Léčíte se se srdcem (zadýchávání při námaze, bolesti za hrudní kostí, otoky nohou, stav po infarktu, poruchy srdečního rytmu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Léčíte se na vysoký tlak (jak dlouho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Trpíte průduškovým astmatem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Prodělal/a jste TBC plic, zápal plic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Léčíte se na cukrovku (dieta, tablety, inzulin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Léčíte se se štítnou žlázou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Léčil jste se někdy na onemocnění ledvin (záněty, kameny)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Máte potíže s prostatou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Léčil jste se někdy pro onemocnění jater (žloutenka, mononukleóza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Trpíte na vředovou chorobu žaludku, dvanáctníku nebo potíže se slinivkou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Trpíte neurologickým onemocněním (epilepsie, myastenie, bolesti hlavy, obrny nervů, stav po mrtvičce, stav po borelioze, po operaci plotének, páteře...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Máte křečové žíly, záněty žil (trombóza, embolie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Užíval/a jste někdy hormonální přípravky jako Prednison, Hydrocortison...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Léčíte se na zelený zákal (glaukom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Trpíte nějakou alergií – na co	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Měl/a jste někdy delší krvácení (z nosu, po vytržení zubu, po zranění)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Léčil/a jste se někdy na onkologii, byl/a jste ozařován/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Měl někdo z Vašich pokrevních příbuzných komplikace během anestezie (například nejasné úmrtí při operaci)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Máte po černé kávě pocit ztuhlosti kolem úst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Máte uvolněné zuby nebo snímatelnou zubní náhradu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Kouříte, požíváte více alkohol nebo máte jiné závislosti (léky na spaní, drogy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Máte nějaké další ev. neléčené obtíže, které zde nebyly uvedeny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Jste těhotná	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Které léky nyní užíváte:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Souhlasím s provedením výkonu v – místní – svodné – celkové – anestezii jako ambulantní pacient. Pročetl jsem informační leták, porozuměl jsem všem doporučením a jsem schopen a ochoten je dodržet. Byl jsem poučen o všech rizicích a možných komplikacích.

Datum:

Podpis pacienta: