



Poradnia Anestezjologiczna Konsultacyjna Kwalifikacyjna ankieta anestezjologiczna

Informacje główne

Imię i nazwisko pacjenta:

data urodzenia:

PESEL:

Masa ciała[kg]:

Rozpoznanie(ICD10):

Wywiad okołoporodowy

Tydzień ciąży:

Waga urodzeniowa [g]:

Apgar (pkt):

Poród: Poród przedwczesny

Poród o czasie

Poród po terminie

Żółtaczka noworodkowa:

NIE

TAK

Zakażenia okołoporodowe:

NIE

TAK

Wady wrodzone:

NIE

TAK

Uwagi/Inne:

Ocena układu krążenia

Wady serca, szmer serca:

NIE

TAK

Nadciśnienie tętnicze:

NIE

TAK

Uwagi/Stosowane leki:

Zaburzenia układu krzepnięcia

Hemofilia:

NIE

TAK

Niedokrwistość:

NIE

TAK

Krwawienie z nosa:

NIE

TAK

Małopłytkowość:

NIE

TAK

Łatwe siniaczenie się:

NIE

TAK

Uwagi/Inne:

Ocenia układu oddechowego

Częste infekcje górnych dróg oddech.:

NIE

TAK

Zapalenie krtani:

NIE

TAK

Zapalenie oskrzeli i płuc:

NIE

TAK

Powiększenie migdałków:

NIE

TAK

Częste anginy:

NIE

TAK

Zanoszenie się, bezdechy:

NIE

TAK

Gruźlica:

NIE

TAK

Astma oskrzelowa:

NIE

TAK

Uwagi/Inne:

Alergie

Uczulenie na leki:

NIE

TAK

Kontaktowa (lateks, plaster, inne):

NIE

TAK

Wziewna:

NIE

TAK

Pokarmowa:

NIE

TAK

Jakie/ Uwagi / Inne:

Ocena układu nerwowego, mięśniowego

Mózgowe porażenie dziecięce:

NIE

TAK

Dystrofia mięśniowa:

NIE

TAK

Miastenia:

NIE

TAK

Padaczka, drgawki:

NIE

TAK

Omdlenia, utraty przytomności:

NIE

TAK

Występowanie w rodzinie choróbmięśni prowadzących do inwalidztwa: NIE TAK

Uwagi/Inne:

Inne schorzeniaCukrzyca: NIE TAKChoroby tarczycy: NIE TAKChoroby nadnerczy: NIE TAKOtyłość: NIE TAKSchorzenia układu moczowego: NIE TAKChoroby reumatyczne: NIE TAKWada wzroku/Szklą kontaktowe: NIE TAK

Jaka:

Próchnica zębów: NIE TAKRuszące się zęby, wady zgryzu: NIE TAKChoroba lokomocyjna,
skłonności do wymiotów: NIE TAKChoroby zakaźne/pasożytnicze
(WZW B/C / Covid-19 / Inne): NIE TAK

Uwagi/Inne:

ZnieczuleniaPrzebyte operacje i znieczulenia: NIE TAK

Jakie/Kiedy:

Znieczulenia do badań: NIE TAK

Jakie/Kiedy:

Powikłania po znieczuleniu w rodzinie: NIE TAK

Jakie/Kiedy:

LeczeniePobyty szpitalne: NIE TAK

Jakie/Kiedy:

Dziecko leczy się w
poradniach specjalistycznych: NIE TAK

Jakie/Kiedy:

Dziecko przyjmuje leki na stałe: NIE TAK

Jakie/Kiedy:

Dziecko przyjmuje leki okresowo: NIE TAK

Jakie/Kiedy:

Przetoczenie preparatów krwi: NIE TAK

Jakie/Kiedy:

Szczepienie w ostatnich 6 tygodniach: NIE TAKDziecko przechodziło infekcję bakteryjną/
wirusową w ostatnich 4 tygodniach: NIE TAKDziecko było leczone antybiotykiem
w ostatnich 4 tygodniach: NIE TAK

Jaki, ostatnia dawka:

Inne uwagi dotyczące stanu zdrowia dziecka,
życzenia, zastrzeżenia:

Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego