Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach
Poradnia Anestezjologiczna dla Dzieci
25-736 Kielce, ul. Grunwaldzka 45
041 3671301

NIP: 9591291292 REGON:000289785

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 chorób
mięśni prowadzących do inwalidztwa: NIE TAK

Uwagi/Inne:

Inne schorzenia

Cukrzyca: NIE TAK

Choroby tarczycy: NIE TAK

Choroby nadnerczy: NIE TAK

Otyłość: NIE TAK

Schorzenia układu moczowego: NIE TAK

Choroby reumatyczne: NIE TAK

Wada wzroku/Szkła kontaktowe: NIE TAK

Jaka:

Próchnica zębów: NIE TAK

Ruszające się zęby, wady zgryzu: NIE TAK

Choroba lokomocyjna,
skłonności do wymiotów: NIE TAK

Choroby zakaźne/pasożytnicze
(WZW B/C / Covid-19 / Ospa wietrzna / Inne): NIE TAK

Uwagi/Inne:

Znieczulenia

Przebyte operacje i znieczulenia: NIE TAK

Jakie/Kiedy:

Znieczulenia do badań: NIE TAK

Jakie/Kiedy:

Powikłania po znieczuleniu w rodzinie: NIE TAK

Jakie/Kiedy:

Leczenie

Pobyty szpitalne: NIE TAK

Jakie/Kiedy:

Dziecko leczy się lub leczyło u lekarzy specjalistów (np.: kardiolog, alergolog, psychiatra)
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 2 tygodniach: NIE TAK

Dziecko przechodziło infekcję bakteryjną/
wirusową w ostatnich 4 tygodniach: NIE TAK

Dziecko 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 .....