



SZPITAL POMNIK
CHRZTU POLSKI
ul. Św. Jana 9
62-200 Gniezno

ANKIETA PRZEDOPERACYJNA

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

Na jaki zabieg jest Pan(i) kierowany(a): _____

1. Na jakie choroby Pan(-i) choruje?

Rozpoznanania		Rozpoznanania	
1.		6.	
2.		7.	
3.		8.	
4.		9.	
5.		10.	

2. Jakie leki przyjmuje Pan(-i) codziennie?

Nazwa leku i dawka		Stosowanie	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

3. Jakie przebył(-a) Pan(-i) operacje lub zabieg(i)?

Operacje lub zabiegi wraz z datą (rok)			
1.		6.	
2.		7.	
3.		8.	
4.		9.	
5.		10.	



Imię i nazwisko pacjenta

4. Przetaczanie krwi i znieczulenie

Czy miał Pan(-i) kiedykolwiek oznaczoną grupę krwi?	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, kiedy? _____ Jaką grupę krwi Pan(i) posiada ? _____
Czy miał Pan(-i) kiedykolwiek przetaczaną krew?	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK Jeżeli tak, czy wystąpiły jakiegokolwiek powikłania? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK Jeżeli tak, to jakie? _____
Czy był Pan(-i) poddany znieczuleniu?	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
Czy wystąpiły u Pan(-i) powikłania związane ze znieczuleniem?	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, jakie? _____

5. Wywiad chorobowy (prosimy zaznaczyć czy dotyczy i uzupełnić dane, tam gdzie to możliwe)

Choroba niedokrwienna serca (zawał, dławica piersiowa)	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, kiedy? _____ data ostatniego badania echo serca? _____
Wada serca lub zastawek	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, jaka? _____ data ostatniego badania echo serca? _____
Zaburzenia rytmu serca (migotanie przedsionków, częstoskurcz, kołatania serca)	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, jakie? _____ data ostatniego badania Holtera? _____
Nadciśnienie tętnicze	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, od kiedy? _____ najwyższe ciśnienie w ostatnim tygodniu? _____ / _____ mmHg
Choroby naczyń (żylaki, tętniak, zakrzepica, zatorowość, protezy naczyniowe)	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, jakie? _____
Astma oskrzelowa	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, od kiedy? _____
POCHP (Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc)	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, od kiedy? _____
Choroba wrzodowa (żołądka lub dwunastnicy)	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, jaka? _____ data (rok) ostatniej gastroskopii? _____
Choroby nerek	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, jakie? _____
Choroby tarczycy	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, jakie? _____ ostatnie oznaczenie TSH? _____
Cukrzyca	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, jaka? _____ najwyższe wartości cukru w ostatnim tygodniu: _____
Udar mózgu, przemijające niedokrwienie mózgu (TIA)	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, kiedy? _____
Padaczka	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, jaka? _____



**SZPITAL POMNIK
CHRZTU POLSKI**
ul. Św. Jana 9
62-200 Gniezno

ANKIETA PRZEDOPERACYJNA

Imię i nazwisko pacjenta

Choroby oczu (zaćma, jaskra)	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, jakie? _____
Choroby zakaźne (m.in. gruźlica, WZW, HIV)	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, jakie? _____
Choroby wątroby	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, jakie? _____
Choroby krwi i szpiku kostnego	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, jakie? _____
Choroby skóry, zmiany ropne, grzybice, łuszczyca	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, jakie? _____
Uczulenia (m.in. na leki, plastry, inne)	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, na co? _____
Uzależnienia (nikotyna, alkohol, narkotyki, leki, inne)	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, od czego ? _____
Choroby psychiczne (m.in. depresja, nerwica itp.)	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, jakie? _____
Próchnica zębów	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK Jeżeli tak, to czy leczenie zostało zakończone?
Dla Kobiet – Czy jest Pani obecnie w ciąży?	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK,
Inne choroby pominięte powyżej? (prosimy wymienić)	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, jakie ? _____

WAGA

WZROST

Data wypełnienia ankiety

czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego