

Imię i nazwisko:			PESEL:	
Wiek:	Waga:	Wzrost:	Zaplanowany zabieg: ☐ Gastroskopia ☐ Kolonoskopia	

Czy przyjmuje Pani/Pan leki na stałe?

☐ TAK

☐ NIE

Jeśli tak, proszę wymienić nazwy i dawki

Czy była Pani /był Pan operowany?

☐ TAK

☐ NIE

Jeśli tak, proszę wymienić operacje/zabiegi

Czy występuje u Pani/Pana ograniczenie tolerancji wysiłku?

(np. zadyszka przy wchodzeniu po schodach)

☐ TAK

☐ NIE

Jeśli tak proszę napisać:

na które piętro jest Pani/Pan w stanie wejść bez zadyszki?

ile metrów jest Pani/Pan w stanie przejść bez zadyszki?

Czy miała Pani/ miał Pan zdiagnozowane następujące choroby:

Nazwa choroby	TAK	NIE
Nadciśnienie tętnicze	☐	☐
Choroba niedokrwienna serca	☐	☐
Migotanie przedsionków	☐	☐
Zaburzenia rytmu serca	☐	☐
Zakrzepica żylna	☐	☐
Zatorowość płucna	☐	☐
Zawał serca	☐	☐
Niedoczynność tarczycy	☐	☐
Nadczynność tarczycy	☐	☐
Niewydolność nerek	☐	☐
Choroby zakaźne	☐	☐
Bezdech senny	☐	☐

Nazwa choroby	TAK	NIE
POChP	☐	☐
Astma	☐	☐
Udar mózgu	☐	☐
Padaczka	☐	☐
Depresja	☐	☐
Inne choroby psychiatryczne	☐	☐
Miastenia	☐	☐
Hipertermia złośliwa	☐	☐
Padaczka	☐	☐
Cukrzyca	☐	☐
Choroby wątroby	☐	☐
RZS	☐	☐

	TAK	NIE
Czy jest Pani/Pan uzależniony od alkoholu lub substancji psychoaktywnych?	☐	☐
Czy pali Pani/Pan papierosy?	☐	☐
Czy jest Pani w ciąży?	☐	☐
Czy występują u Pani/Pana alergie? Jeśli tak, to jakie?	☐	☐

	TAK	NIE
Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy występowały u Pani/Pana bóle w klatce piersiowej lub napady duszności?	☐	☐
Czy ma Pani/Pan wszczepiony stymulator serca?	☐	☐
Czy w przeszłości wystąpiły u Pani/Pana powikłania znieczulenia? Jeśli tak, to jakie?	☐	☐

Inne problemy zdrowotne:

Data i podpis pacjenta

Podpis anestezjologa