43-300 Bielsko-Biała, ul. Szara 5
telefon: +48 33 82 99 500

CHIRURGIA OGÓLNA
ANKIETA PRZEDOPERACYJNA

Imię i Nazwisko							
Data urodzenia	__ __-__ __-__ __ __ __ r.	wiek	__ __ lat	wzrost	__ __ __ cm	waga	__ __ __ kg

W związku z planowanym zabiegiem operacyjnym/diagnostycznym prosimy o przeczytanie i wypełnienie niniejszej ankiety, która pozwoli na bezpieczne i sprawne jego przeprowadzenie.
W razie konieczności zastosowania znieczulenia potrzebna będzie dodatkowa konsultacja anestezjologiczna, na którą należy dokonać wcześniejszej rejestracji.

Miesiąc przed zabiegiem prosimy o telefoniczny kontakt z zaznaczonym poniżej lekarzem anestezjologiem w celu ustalenia terminu konsultacji anestezjologicznej.

☐ lek. med. Jacek Kil tel. 605 446 244

☐ lek. med. Wojciech Pawlik tel. 601 656 059

☐ ……..

Dwa tygodnie przed zabiegiem prosimy o telefoniczny kontakt z rejestracją szpitala (tel. **693 089 500**, pn-pt. godz.: 12.00-14.30) dla potwierdzenia zabiegu i wyznaczenia godziny przybycia. Brak potwierdzenia powoduje przesunięcie terminu zabiegu na koniec listy oczekujących.

Do szpitala przybywamy o wyznaczonej godzinie. Nie jest to godzina planowanej operacji.

W dniu zabiegu nie przyjmujemy:

- żadnego pokarmu przez 6 godzin
- żadnego płynu przez 4 godziny.

W dniu zabiegu przyjmujemy wszystkie dotychczas zażywane leki przeciw nadciśnieniu i nasercowe **za wyjątkiem leków osłabiających krzepnięcie krwi** („rozrzedzających krew") typu – Polocard, Acard, Aspiryna, Acenocumarol, warfaryna, ticlopidyna, clopidogrel. Przyjmowanie leków na cukrzycę (insulina, tabletki) musi zwykle zostać zmodyfikowane, o czym poinformuje Państwa anestezjolog lub lekarz internista.

Do szpitala przynosimy:

- skierowanie na zabieg
- dokument potwierdzający prawo do świadczeń zdrowotnych
  (legitymacja emeryta-rencisty lub aktualny druk RMUA
  lub legitymacja ubezpieczeniowa z aktualnym wpisem i pieczątka pracodawcy)
- numer NIP (osobisty oraz zakładu pracy)
- dowód osobisty
- wszystkie posiadane aktualne badania (laboratoryjne, RTG, EKG, TK, RM)
- karty informacyjne z pobytów w szpitalu, sanatorium
- przyjmowane leki (w oryginalnych opakowaniach)
- pantofle
- przybory toaletowe
- ręcznik
- szlafrok

Cenne przedmioty osobiste pozostawiamy w domu.

Dzień wcześniej golimy okolicę poddawaną zabiegowi unikając skaleczeń skóry
Zmywamy makijaż i lakier do paznokci

Na oddziale łóżkowym prosimy o ograniczenie ilości osób towarzyszących ze względu na zachowanie intymności pozostałych pacjentów.

Pacjenci operowani w trybie „jednego dnia" mogą opuścić szpital tylko w towarzystwie osoby dorosłej, sprawnej umysłowo i fizycznie, która zapewni pacjentowi transport i opiekę przez 24 godziny po zabiegu.

WYWIAD CHOROBOWY: **(dotyczy całego życia)**

Proszę o zaznaczenie prawidłowej odpowiedzi krzyżykiem

1. Czy choruje Pan(i) lub chorował(a) na serce i/lub nadciśnienie tętnicze? _____ ☐ tak ☐ nie

☐ zawał serca (data _____)
☐ pieczenie, ból za mostkiem
☐ choroba niedokrwienna serca
☐ nierówne lub szybkie bicie serca
☐ szmer serca
☐ wada zastawki
☐ wysokie ciśnienie tętnicze
☐ wysoki poziom cholesterolu
☐ obrzęki wokół kostek
☐ szybkie męczenie się
☐ operacja serca lub naczyń wieńcowych („bypass"), zabieg „balonikowania", założenie stentów
☐ stymulator serca („rozrusznik")
☐ inne (opisz) _____

2. Czy ma Pan(i) lub miał(a) jakieś choroby oskrzeli, płuc lub inne problemy z oddychaniem? _____ ☐ tak ☐ nie

☐ astma oskrzelowa
☐ przewlekłe zapalenie oskrzeli
☐ przewlekły kaszel
☐ z odksztuszaniem wydzieliny
☐ rozedma
☐ gruźlica
☐ przeziębienie, infekcja dróg oddechowych (ostatnie 2 tygodnie)
☐ zapalenie płuc (ostatnie 2 tygodnie)
☐ duszność przy położeniu się na plecach
☐ inne (opisz) _____

3. Czy ma Pan(i) lub miał(a) jakieś problemy z żołądkiem lub wątrobą? _____ ☐ tak ☐ nie

☐ choroba wrzodowa
☐ zapalenie żołądka
☐ refluks żołądkowo-przełykowy
☐ zapalenie wątroby/żółtaczka wirusowe typu A B C / tosyczne żółtaczka mechaniczna / zastój żółci
☐ stłuczenie wątroby
☐ marskość wątroby
☐ inne (opisz) _____

4. Czy ma Pan(i) lub miał(a) jakieś problemy z układem moczowym (nerki, pęcherz) lub gruczołem krokowym? _____ ☐ tak ☐ nie

☐ zapalenie nerek
☐ kamica nerkowa L P
☐ trudność w oddawaniu moczu
☐ częste infekcje
☐ konieczność oddawania moczu w nocy
☐ trudność w oddawaniu moczu
☐ inne (opisz) _____

5. Czy ma Pan(i) lub miał(a) cukrzycę, dnę moczanową lub jakieś choroby tarczycy? _____ ☐ tak ☐ nie

☐ cukrzyca typu 1 2
☐ leczenie insuliną
☐ dna moczanowa
☐ guzki / powiększenie tarczycy
☐ niedoczynność tarczycy
☐ nadczynność tarczycy
☐ inne (opisz) _____

6. Czy ma Pan(i) lub miał(a) jakieś choroby układu nerwowego (mózgu, nerwów), mięśni, kręgosłupa lub stawów? _____ ☐ tak ☐ nie

☐ udar lub inne niedokrwienie
☐ porażenie lub niedowład
☐ drgawki lub padaczka
☐ częste bóle głowy, migreny
☐ osłabienie mięśni (miastenia)
☐ osłabienie lub drętwienie rąk/nóg
☐ inne (opisz) _____
☐ choroby zapalne stawów
☐ dolegliwości kręgosłupa
szyjny piersiowy lędźwiowy
☐ operacje kręgosłupa

7. Czy ma Pan(i) lub miał(a) jakieś choroby krwi lub zaburzenia krzepnięcia? _____ ☐ tak ☐ nie

☐ anemia
☐ skłonność do krwawień
☐ krwotok po usunięciu zęba
☐ podskórne wylewy krwi przy małych urazach
☐ przedłużające się miesiączki
☐ zakrzepica żylna
☐ inne (opisz) _____

8. Czy ma Pan(i) lub miał(a) jakieś choroby żył? _____ ☐ tak ☐ nie

☐ żylaki kończyn dolnych
☐ zapalenie żył
☐ inne (opisz) _____

9. Czy jest Pan(i) nosicielem HIV lub choruje na AIDS lub inne zaburzenia odporności? _____ ☐ tak ☐ nie

10. Czy ma Pan(i) lub miał(a) jakieś inne choroby nie wymienione powyżej? _____ ☐ tak ☐ nie

opis

Szpital Pod Bukami

11. Czy ma Pan(i) jakieś uczulenia (szczególnie na leki, plaster, jodynę)? _____ ☐ tak ☐ nie

☐ opisz _____ ☐ _____ ☐ _____

12. Czy ma Pan(i) chorobę lokomocyjną (nudności, wymioty w czasie jazdy samochodem, statkiem)? ☐ tak ☐ nie

13. Czy nosi Pan(i) szkła kontaktowe? _____ ☐ tak ☐ nie

14. Czy nosi Pan(i) protezy zębowe, mostki, korony?
Czy ma Pan(i) ruszające się zęby lub stałe aparaty na zębach? _____ ☐ tak ☐ nie

15. Czy jest Pani w ciąży? _____ ☐ tak ☐ nie

Data ostatniej miesiączki _____

16. Czy pan(i) pali papierosy? _____ ☐ tak ☐ nie

☐ ile dziennie _____ ☐ od ilu lat _____

17. Czy pije Pan(i) alkohol?

☐ nie ☐ rzadko ☐ regularnie niewiele ☐ regularnie dużo

18. Czy był(a) Pan(i) już operowany(a)? *(proszę podać rok i rodzaj operacji?)* _____ ☐ tak ☐ nie

☐ _____ ☐ _____ ☐ _____

☐ _____ ☐ _____ ☐ _____

19. Czy w czasie lub po znieczuleniu wystąpiły jakieś powikłania? _____ ☐ tak ☐ nie

☐ trudności z obudzeniem ☐ powrót świadomości w czasie operacji ☐ inne (opisz) _____

☐ uporczywe nudności lub wymioty ☐ bóle głowy _____

20. Czy przyjmuje Pan(i) obecnie lub przyjmował(a) ostatnio jakieś leki? (proszę podać nazwę i dawkę leku – również leki bez recepty, preparaty ziołowe, suplementy diety) _____ ☐ tak ☐ nie

☐ _____ ☐ _____ ☐ _____

☐ _____ ☐ _____ ☐ _____

☐ _____ ☐ _____ ☐ _____

☐ _____ ☐ _____ ☐ _____

21. Masa ciała _____ Wzrost _____ BMI* _____

* - BMI (body mass index) oblicza się go dzieląc masę ciała w kg przez wzrost w cm podniesiony do kwadratu

Szpital Pod Bukami

.....

Data i podpis pacjenta