

OKULISTYCZNA ANKIETA PRZEDOPERACYJNA

Imię i Nazwisko							
Pesel		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.

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

lek. med. Białoń – Rysakowska Regina tel. 605 148 840

lek. med. Wojciech Pawlik tel. 601 656 059

lek. med. Jura - Piecha Ewa tel. 668 191 657

Przed zabiegiem prosimy odwiedzić swojego lekarza rodzinnego w celu otrzymania zaświadczenia o aktualnym stanie zdrowia, towarzyszących chorobach i braku przeciwwskazań internistycznych do zabiegu operacyjnego.

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, Aspi-ryna, 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 pieczętka pracodawcy)
- zaświadczenie od lekarza rodzinnego o aktualnym stanie zdrowia
- 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.

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 CHOROBY: **(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
- | | | |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> zawał serca (data _____) | <input type="checkbox"/> wada zastawki | <input type="checkbox"/> operacja serca lub naczyń wieńcowych („bypass”), zabieg „balonikowania”, założenie stentów |
| <input type="checkbox"/> pieczenie, ból za mostkiem | <input type="checkbox"/> wysokie ciśnienie tętnicze | <input type="checkbox"/> stymulator serca („rozrusznik”) |
| <input type="checkbox"/> choroba niedokrwienna serca | <input type="checkbox"/> wysoki poziom cholesterolu | <input type="checkbox"/> inne (opisz) _____ |
| <input type="checkbox"/> nierówne lub szybkie bicie serca | <input type="checkbox"/> obrzęki wokół kostek | |
| <input type="checkbox"/> szmer serca | <input type="checkbox"/> szybkie męczenie się | |
2. Czy ma Pan(i) lub miał(a) jakieś choroby oskrzeli, płuc lub inne problemy z oddychaniem? _____ tak nie
- | | | |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> astma oskrzelowa | <input type="checkbox"/> rozedma | <input type="checkbox"/> zapalenie płuc (ostatnie 2 tygodnie) |
| <input type="checkbox"/> przewlekłe zapalenie oskrzeli | <input type="checkbox"/> gruźlica | <input type="checkbox"/> duszność przy położeniu się na plecach |
| <input type="checkbox"/> przewlekły kaszel | <input type="checkbox"/> przeziębienie, infekcja dróg oddechowych (ostatnie 2 tygodnie) | <input type="checkbox"/> inne (opisz) _____ |
| <input type="checkbox"/> z odkaszczaniem wydzieliny | | |
3. Czy ma Pan(i) lub miał(a) jakieś problemy z żołądkiem lub wątrobą? _____ tak nie
- | | | |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> choroba wrzodowa | <input type="checkbox"/> zapalenie wątroby/żółtaczka wirusowe typu A B C / tosyczne | <input type="checkbox"/> stłuczenie wątroby |
| <input type="checkbox"/> zapalenie żołądka | <input type="checkbox"/> żółtaczka mechaniczna / zastój żółci | <input type="checkbox"/> marskość wątroby |
| <input type="checkbox"/> refluks żołądkowo-przełykowy | | <input type="checkbox"/> inne (opisz) _____ |
4. Czy ma Pan(i) lub miał(a) jakieś problemy z układem moczowym (nerki, pęcherz) lub gruczołem krokowym? _____ tak nie
- | | | |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> zapalenie nerek | <input type="checkbox"/> częste infekcje | <input type="checkbox"/> inne (opisz) _____ |
| <input type="checkbox"/> kamica nerkowa L P | <input type="checkbox"/> konieczność oddawania moczu w nocy | |
| <input type="checkbox"/> trudność w oddawaniu moczu | <input type="checkbox"/> trudność w oddawaniu moczu | |
5. Czy ma Pan(i) lub miał(a) cukrzycę, dnę moczanową lub jakieś choroby tarczycy? _____ tak nie
- | | | |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> cukrzyca typu 1 2 | <input type="checkbox"/> guzki / powiększenie tarczycy | <input type="checkbox"/> inne (opisz) _____ |
| <input type="checkbox"/> leczenie insuliną | <input type="checkbox"/> niedoczynność tarczycy | |
| <input type="checkbox"/> dna moczanowa | <input type="checkbox"/> nadczynność tarczycy | |
| <input type="checkbox"/> udar lub inne niedokrwienie | <input type="checkbox"/> osłabienie mięśni (miastenia) | <input type="checkbox"/> dolegliwości kręgosłupa |
6. Czy ma Pan(i) lub miał(a) jakieś choroby układu nerwowego (mózgu, nerwów), mięśni, kręgosłupa lub stawów? _____ tak nie
- | | | |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> porażenie lub niedowład | <input type="checkbox"/> osłabienie lub drętwienie rąk/nóg | <input type="checkbox"/> szyjny <input type="checkbox"/> piersiowy <input type="checkbox"/> lędźwiowy |
| <input type="checkbox"/> drgawki lub padaczka | <input type="checkbox"/> inne (opisz) <input type="checkbox"/> operacje kręgosłupa | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| <input type="checkbox"/> częste bóle głowy, migreny | <input type="checkbox"/> choroby zapalne stawów | |
7. Czy ma Pan(i) lub miał(a) jakieś choroby krwi lub zaburzenia krzepnięcia? _____ tak nie
- | | | |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> anemia | <input type="checkbox"/> podskórne wylewy krwi przy małych urazach | <input type="checkbox"/> zakrzepica żylna |
| <input type="checkbox"/> skłonność do krwawień | <input type="checkbox"/> przedłużające się miesiączki | <input type="checkbox"/> inne (opisz) _____ |
| <input type="checkbox"/> krwotok po usunięciu zęba | | |
8. Czy ma Pan(i) lub miał(a) jakieś choroby żył? _____ tak nie
- | | | |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> żylaki kończyn dolnych | <input type="checkbox"/> zapalenie żył | <input type="checkbox"/> inne (opisz) _____ |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|
9. Czy jest Pan(i) nosicielem HIV lub choruje na AIDS lub inne zaburzenia odporności? _____ 10. C zy ma

Pan(i) lub miał(a) jakieś inne choroby nie wymienione powyżej? _____ tak nie
tak nie

BIEL-MED. sp. z o.o. SZPITAL POD BUKAMI | 43-300 Bielsko-Biała | ul. Szara 5 | tel. 33 82 99 500 | www.szpitalpodbukami.pl

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? _____ tak nie

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

20. Czy przyjmuje Pan(i) obecnie lub przyjmował 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

.....
Data i podpis pacjenta