

SPECJALISTYKA, PROFESJONALIZM, BEZPIECZEŃSTWO

## ANKIETA PRZEDOPERACYJNA- CHIRURGIA OGÓLNA/ ORTOPEDYCZNA/UROLOGICZNA

Imię i Nazwisko	<input type="text"/>									
Pesel	<input type="text"/>	wiek	<input type="text"/>	lat	wzrost	<input type="text"/>	cm	waga	<input type="text"/>	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 anestezyjologiczna, na którą należy dokonać wcześniejszej rejestracji.

1. Ustalenie w Izbie Przyjęć terminu zabiegu oraz konsultacji anestezyjologicznej
2. Wpłata zadatku zgodnie z otrzymaną umową
3. **W przypadku dodatkowych pytań** prosimy o telefoniczny kontakt z zaznaczonym poniżej lekarzem anestezyjologiem.

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

4. 1 tydzień przed zabiegiem wykonanie badań laboratoryjnych(tak aby mieć gwarancję, że wyniki będą oznaczone i gotowe do odbioru najpóźniej w dniu konsultacji anestezyjologicznej
5. Zgłoszenie się w wyznaczonym terminie na konsultację anestezyjologiczną z wynikami badań laboratoryjnych oraz wypełnionym dokumentem kwalifikacji do zabiegu A/Z
6. Uzupełnienie ewentualnych dodatkowych zaleceń otrzymanych w trakcie konsultacji anestezyjologicznej np. Dodatkowe badania laboratoryjne lub konsultacje
7. Dopełnienie formalności związanych z płatnością za zabieg tak aby zabieg w całości opłacony był najpóźniej w dniu zabiegu( w przypadku płatności przelewem proszę mieć ze sobą w dniu przyjęcia potwierdzenie płatności
8. Zabranie ze sobą wymaganej dokumentacji przez lekarza prowadzącego innej dokumentacji medycznej np. Płyty CD z badań MR, TK czy RTG wraz z opisem, kart wypisowe z pobyków w szpitalach, badanie usg Doppler kończyn dolnych, EMG.
9. Przyjazd w dniu zabiegu do Izby Przyjęć na wyznaczoną godzinę przyjęcia wraz z dokumentem tożsamości ze zdjęciem oraz kompletną dokumentacją medyczną.

**W tygodniu poprzedzającym zabieg** prosimy o telefoniczny kontakt z rejestracją szpitala (tel.693 089 500, sroda; czwartek. godz.: 08.00-18.00) dla potwierdzenia zabiegu i wyznaczenia godziny przybycia. Brak potwierdzenia powoduje przesunięcie zabiegu na następny możliwy termin.

Wykaz badań podstawowych wymaganych do zabiegu: morfologia, układ krzepnięcia, CRP, potwierdzona grupa krwi, HbV, HcV

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. Przyjmowanie leków na cukrzycę (insulina, tabletki) oraz Acenocumarol, warfaryna, ticlopidyna, clopidogrel musi zwykle zostać zmodyfikowane, o czym poinformuje Państwa anesteziolog lub lekarz internista/kardiolog.

W przypadku zabiegu z zakresu ortopedii (Artroskopia) prosimy o zabranie z sobą kul ortopedycznych. Przed zabiegiem endoprotezy konsultacja anestezyjologiczna zalecana – 1 m-ąc przed planowanym zabiegiem.



SPECJALISTYKA, PROFESJONALIM,

Do szpitala przynosimy:

- skierowanie na zabieg
- 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
- woda mineralna

Cenne przedmioty osobiste pozostawiamy w domu.

Zmywamy makijaż i lakier do paznokci

**W dniu zabiegu personel goli okolice poddawaną zabiegowi skóry**  
**Zgodnie z profilaktyką zatorowo-zakrzepową bandażuje kończyny dolne, lub**  
**pacjent zakupuje pończochy okołoperacyjne profilaktyczne - zgodnie z zaleceniem**  
lekarza

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

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> zawał serca<br>(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 ABC/ tosyczne żółtaczka mechaniczna/ zastój żółci | <input type="checkbox"/> stłuczenie wątroby |
| <input type="checkbox"/> zapalenie żołądka            |  | <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 (opisz) | <input type="checkbox"/> guzki/ powiększenie tarczycy | <input type="checkbox"/> inne _____ |
| <input type="checkbox"/> leczenie insuliną         | <input type="checkbox"/> niedoczynność tarczycy       | _____                               |
| <input type="checkbox"/> dna moczanowa             | <input type="checkbox"/> nadczynność tarczycy         | _____                               |

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

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> udar lub inne niedokrwienie | <input type="checkbox"/> osłabienie mięśni (miastenia)     | <input type="checkbox"/> dolegliwości kręgosłupa szyjny piersiowy lędźwiowy |
| <input type="checkbox"/> porażenie lub niedowład     | <input type="checkbox"/> osłabienie lub drętwienie rąk/nóg |   |
| <input type="checkbox"/> drgawki lub padaczka        | <input type="checkbox"/> inne (opisz) _____                | <input type="checkbox"/> operacje kręgosłupa                                |
| <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? \_\_\_\_\_  tak  nie

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

opis



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  bóległowy \_\_\_\_\_

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

**PRZED PRZYSTĄPIENIEM DO ZABIEGU PROSZĘ SIĘ UPEWNIĆ CZY WSZYSTKIE POZYCJE NA PANA/PANI LIŚCIE SĄ ZREALIZOWANE !**

Data i podpis pacjenta