

## ANESTEZIOLOGICKÝ DOTAZNÍK – dospělý

Jméno a příjmení: ..... r. č.: .....

Bydliště: .....

### Anesteziologická informace

Lékař Vám doporučil operační (diagnostický) výkon, který nelze provést bez anestézie. Abychom v maximální míře zajistili Vaši bezpečnost a minimalizovali možné komplikace, věnujte následujícím dotazům zvýšenou pozornost. Odpovědi budou důvěrné. Pomohou nám zevrubně poznat Vaše přidružené choroby, Váš celkový zdravotní stav, Vaše návyky a zvyklosti, které jen zdánlivě nesouvisí s výkonem.

### Anamnéza

(v odpovědích nehodící se škrtněte)

Váha: ..... kg

Výška: ..... cm

Máte nebo jste zcela nedávno (v posledních 14 dnech) měl/a akutní infekční onemocnění dýchacích cest a ústní dutiny? ..... ano – ne

Jaké: .....

Rýma, kašel, nachlazení, chřipka, zánět průdušek, zápal plic, opar? .....

Užíváte léky? ..... ano – ne

Jestliže ano, které? Udejte všechny, i proti bolestem, na spaní, antikoncepci včetně dávkování.

.....

.....

.....

Už jste někdy byl/a operován/a v celkovém nebo místním znecitlivění? ..... ano – ne

Ano, na co a kdy? .....

.....

.....

Měl jste problémy v souvislosti s anestézií? ..... ano – ne

Jaké? .....

Došlo u pokrevných příbuzných v souvislosti s anestézií k nějaké příhodě? ..... ano – ne

Máte pocit tuhnutí čelisti při pití zrnkové kávy? ..... ano – ne

### **Trpíte nebo trpěl/a jste někdy některým z těchto onemocnění?**

Prosíme, při odpovědi zatrhněte příslušné onemocnění, případně doplňte – možno i v závěru.

|                                                                                                                                                           |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Onemocnění svalů nebo svalová slabost? .....                                                                                                              | ano – ne |
| Je podobné onemocnění u pokrevných příbuzných? .....                                                                                                      | ano – ne |
| Onemocnění srdce (např. srdeční infarkt, angina pectoris, srdeční vada, nedostatek dechu při chůzi do schodů, zánět srdce, poruchy srdečního rytmu) ..... | ano – ne |
| Oběhové a cévní onemocnění (např. křečové žíly, vysoký tlak, ucpávání cév) .....                                                                          | ano – ne |
| Onemocnění plic nebo dýchacích cest (např. tuberkulóza, zápal plic, rozedma, astma, chronická bronchitida) .....                                          | ano – ne |
| Onemocnění jater (např. žloutenka, tvrdnutí jater) .....                                                                                                  | ano – ne |
| Onemocnění ledvin (např. zánět ledvin, kameny) .....                                                                                                      | ano – ne |
| Poruchy látkové přeměny (např. cukrovka, dna, poruchy tukového metabolismu) .....                                                                         | ano – ne |
| Onemocnění štítné žlázy (např. struma, vole) .....                                                                                                        | ano – ne |
| Onemocnění očí (např. šedý nebo zelený zákal) .....                                                                                                       | ano – ne |
| Nervové onemocnění (např. epilepsie, obrny, mozkové příhody, roztroušená skleróza) .....                                                                  | ano – ne |
| Psychické poruchy (např. deprese) .....                                                                                                                   | ano – ne |
| Onemocnění pohybového aparátu (např. onemocnění páteře, zad, kloubní onemocnění) ..                                                                       | ano – ne |
| Krevní onemocnění, poruchy krevní srážlivosti (např. sklon ke krvácení, hemofilie) .....                                                                  | ano – ne |
| Je nebo bylo podobné onemocnění u pokrevných příbuzných? .....                                                                                            | ano – ne |
| Alergie (např. senná rýma, přecitlivělost na některé potraviny, léky, dezinfekci, náplast) ...                                                            | ano – ne |
| .....                                                                                                                                                     |          |
| Trpíte nějakou jinou, zde neuvedenou nemocí? Jestliže ano, jakou? .....                                                                                   | ano – ne |
| .....                                                                                                                                                     |          |
| .....                                                                                                                                                     |          |
| Máte pevnou zubní náhradu, můstek, korunky, viklavé zuby, vyjímatelnou zubní náhradu?                                                                     | ano – ne |
| Kouříte pravidelně? Co a kolik?.....                                                                                                                      | ano – ne |
| Konzumace alkoholu? Jak často a jaký druh? .....                                                                                                          | ano – ne |
| Jiné pozoruhodnosti .....                                                                                                                                 |          |
| .....                                                                                                                                                     |          |

### **Souhlasné prohlášení**

Prohlašuji, že jsem si vědom možných a významných rizik, vyplývajících z neúplně či nepravdivě vyplněného dotazníku.

Dne .....

Podpis pacienta .....