



ALTATÁS ELŐTTI KÉRDŐÍV

Tisztelt Betegünk!

Kérjük, az "igen" vagy "nem" bekarikázásával töltse ki az alábbi kérdőívet és az altatás előtti vizsgálaton adja át az önt vizsgáló altatóorvosnak! "Igen" esetén, ha tudja, kérjük, írja le a részleteket. Ezzel segíti munkánkat és az ön altatásának biztonságosabbá tételét. Köszönjük együttműködését!

Név: _____ Születési idő: _____

Lánykori név: _____ TAJ: _____

Testsúlya. _____ kg. Testmagassága _____ cm.

A tervezett műtét, beavatkozás: _____

A tervezett műtetre, beavatkozásra vonatkozó felvilágosítást a sebésztől megkaptam. Igen Nem

Van gyógyszerérzékenysége? (kiütés, gége bedagadása, fulladás) Igen Nem

Ha igen, mire? _____

Szed-e valamilyen gyógyszert? Igen Nem

Ha igen, kérjük, részletezze _____

Van vagy volt-e az alábbiak közül bármilyen betegsége? Ha igen, részletezze!

Szívbetegség?(mellkasi fájdalom) Igen Nem _____

Magas vérnyomás? Igen Nem _____

Szívritmuszavar? Igen Nem _____

Visszér, trombózis, tüdőembólia? Igen Nem _____

Asztma, tüdőbetegség? Igen Nem _____

Fizikai terhelésre fulladás? Igen Nem _____

Agyi keringészavar, stroke Igen Nem _____

Epilepszia, eszméletvesztés, görcs? Igen Nem _____

Cukorbetegség? Igen Nem _____

Pajzsmirigy megbetegedése? Igen Nem _____

Véralvadási zavar, vérzékenység? Igen Nem _____

Májgyulladás, sárgaság? Igen Nem _____

Gyomorsavas panaszok? Igen Nem _____

Izomgyengeség, más izombetegség? Igen Nem _____

Alvászavar? Igen Nem _____

Szembetegsége? (pl. zöld hályog) Igen Nem _____

Más, súlyosabb megbetegedés? Igen Nem _____

Dohányzik? Ha igen, mennyit? Igen Nem _____

Fogyaszt alkoholt? Ha igen, mennyit? **Igen** **Nem** _____

Használ kábító vagy tudatmódosító szert? Igen Nem _____

Van műfogsora, koronája, hídja? Igen Nem _____

Van mozgó foga? Igen Nem _____

Van szívritmus szabályzója (pacemaker)? Igen Nem _____

Van kontaktlencséje? Igen Nem _____

Van ízületi protézise? Igen Nem _____

Van bármilyen más protézise? Igen Nem _____

Van-e bármilyen testékszere? Igen Nem _____

Kapott már vért? Igen Nem _____

Ha kapott vért, volt szövődmény? Igen Nem _____

Volt-e már műtété? Igen Nem _____

Ha igen, kérjük, részletezze! _____

Altatták, érzéstelenítették már? Igen Nem _____

Volt önnek vagy rokonának altatással, érzéstelenítéssel kapcsolatos szövődménye? Igen Nem _____

Ha volt szövődmény, kérjük, részletezze! _____

Jelenleg meg van-e fázva? Igen Nem _____

Van-e jelenleg bármilyen lázas vagy fertőző betegsége? Igen Nem _____

Szed jelenleg, vagy szedett az elmúlt 2 hétben antibiotikumot? Igen Nem _____

Ha ön nő, lehetséges-e, hogy terhes? Igen Nem _____

Ha igen, hány hetes? _____

A fenti adatok hitelesek, legjobb tudásom szerint válaszoltam a kérdésekre, nem hallgattam el egészségi állapotomat érintő betegséget, állapotot, fogyatékoságot.

Pécs, 20____ . _____ . ____

Beteg vagy gondozó aláírása
(18 év alatt szülő vagy gondozó)