

Altatásra és regionális érzéstelenítésre vonatkozó kérdőív

Kérjük, figyelmesen töltse ki a mellékelt kérdőívet!

- Mint minden orvosi beavatkozásnál, az érzéstelenítés által okozott megterhelés és az azzal kapcsolatos kockázat is minden esetben más. Különösen a betegség fajtája és súlyossága, valamint a kísérőbetegségek, az általános állapot, az életkor és az Ön életstílusai befolyásolják azt.
- A kérdések a kockázatok felderítésére szolgálnak a lehető legnagyobb biztonság elérése érdekében.
- Szíveskedjék az „egyéb említésre méltók” rovatban olyan körülményekre rámutatni, amelyek Önnek lényegesnek tűnnek, de nem kérdeztünk rá.
- Amennyiben Kórházunkban féléven belül már kitöltött ilyen kérdőívet, most eltekinthetünk ettől.
- Kérjük, szóljon az asszisztensnek, vagy a vizsgálat alatt az altatóorvosnak, ha a kérdés nem volt érthető, vagy megválaszolásához segítségre van szüksége.

Neve:

Születési ideje:évhónapnap

TAJ:.....

Magassága:cm, testsúlya:.....kg

Foglalkozása:.....

A tervezett beavatkozás típusa:, az arra vonatkozó felvilágosítást megkapta-e? igen nem

A műtét tervezett időpontja:évhónapnap

Állt-e az utóbbi fél évben orvosi kezelés alatt? igen nem

Milyen megbetegedések miatt?.....

.....

Vannak-e rendszeresen szedett gyógyszerei? igen nem

Jelenleg milyen gyógyszereket szed? Említse meg a fájdalomcsillapító, az altató, a nyugtató, a hashajtó, a fogamzásgátló szereket és a vitamin, a hormon, a gyógynövény, illetve a homeopátiás készítményeket is!

.....

.....

.....

.....

.....

Allergiák, gyógyszer-túlérzékenység (pl. szénanátha, túlérzékenység bizonyos táplálékkal, gyógyszerrel, ragtapasszal szemben)? igen nem

Melyek ezek?

Ha volt korábban műtéte, előfordult-e valami említésre méltó az altatással, vagy az érzéstelenítéssel kapcsolatban? igen nem

Volt-e műtét utáni hányás, hidegrázás, fejfájás, légzészavar, ritmuszavar? (Húzza alá a megfelelőt) Egyéb:

Előfordult-e valami említésre méltó vérrokonainál érzéstelenítéssel kapcsolatban

(pl. gyógyszer túlérzékenység, újraélesztés)? igen nem

Kapott-e már valaha vérátömlesztést? igen nem

Adódott-e ennél komplikáció? igen nem

Terhes-e jelenleg? igen nem

Fogyott-e vagy hízott az elmúlt fél évben? igen nem

Jelenleg meg van-e fázva, hurutos-e? igen nem

Dohányzik-e? igen nem

Ha igen, naponta mennyit?.....

Fogyaszt-e rendszeresen alkoholt? igen nem

Ha igen, mit, és mennyit?

Fogyaszt-e kábítószer? igen nem

Ha igen, mit, és naponta mennyit?

Használ-e hallókészüléket? igen nem

Használ-e kontaktlencsét? igen nem

Tud-e arról, hogy az alább felsorolt betegségekben szenvedne?

1. Szívizomzat megbetegedése (pl. gyulladás, megvastagodás, tágulat)? igen nem

2. Szívkoszorúér megbetegedése (szűkület, korábbi tágítás, stent behelyezése)? igen nem

• Okoz-e panaszt? igen nem

3. Szívelégtelenség, szívasztma, tüdővízenyő? igen nem

4. Szívbillentyű megbetegedése (meszesedés, elégtelenség, szűkület, műbillentyű), vagy szívbelhártya gyulladása? igen nem

5. Szívritmus-zavar? igen nem

6. Részesült-e pacemaker beültetésben? igen nem

• Ha igen, milyen típusú a pacemaker:

7. Előfordult-e az elmúlt fél évben, hogy mellkasi nyomást, szúrást, vagy szorítást érzett?
 igen nem
8. Éjszakánként felkel-e vizelni? igen nem
9. Magasvérnyomás-betegség? igen nem
- Ha igen, mi volt a legmagasabb és a legalacsonyabb vérnyomás, amit az elmúlt fél évben mértek?/.....Hgmm/.....Hgmm
 - Mi a szokásos vérnyomása?/.....Hgmm
10. Tüdő és légúti megbetegedések (pl. TBC, gyakori tüdőgyulladás, légmell, asztma, krónikus bronchitis)? igen nem
- Szokott-e köhögni? igen nem
 - Szokott-e váladékot felköhögni? igen nem
 - Szokott-e fulladni? igen nem
 - Mikor szokott fulladni?
11. Májbetegségek, epepanaszok? igen nem
12. Gyomor-, nyombélfekély, reflux vagy vérzés? igen nem
13. Vesebetegségek? igen nem
14. Anyagcsere-betegség (pl. cukorbetegség)? igen nem
- Ha cukorbeteg, inzulinfüggő-e, vagy gyógyszerre beállított, esetleg elég diétázni? (Kérjük, húzza alá a megfelelőt!)
Mennyi a szokásos vércukra?
 - Mi volt a legmagasabb és a legalacsonyabb vércukorértéke az elmúlt fél évben?
.....
15. Pajzsmirigy betegségek (pl. golyva)? igen nem
16. Szembetegségek (pl. zöldhályog, szürkehályog)? igen nem
17. Idegi bántalmak (pl. epilepszia, bénulások)? igen nem
18. Eszméletvesztés? igen nem
19. Állt-e kezelés alatt kedélybetegség miatt (pl. depresszió, pszichiátriai megbetegedés miatt)? igen nem
20. Horkol-e éjszaka? igen nem
- Tudja-e, hogy alvási apnoe betegsége van? igen nem
21. Izombetegségek vagy gyengeség (pl. myasthenia) igen nem
22. Izületi bántalmak, gerincbetegség, porckorongsérv? igen nem
23. Visszeresség? igen nem
- Volt-e mélyvénás trombózis? igen nem

- Ha igen, volt-e tüdőembóliája? igen nem
- Volt-e a családban trombózis, tüdőembólia? igen nem
- A vér alvadási zavara? igen nem

24. Véralvadási zavarok (hajlamos ön, vagy vérrokonai elhúzódó vérzésre, gyakori orrvérzésre)? igen nem

25. Szenved-e más, meg nem említett betegségben? igen nem

- Melyekben?.....

26. Van-e fogpótlása, koronája? igen nem

- Vannak-e meglazult fogai? igen nem

- Van-e kivehető fogsora? igen nem

alul? felül?

A fogak állapota (orvos tölti ki):

7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 **x** = hiányzó fog, **0** = meglazult fog,

k = korona, **ns** = nem szanált fog,

7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 **s** = szanált fog

Egyéb említésre méltó körülmény (pl. korábbi baleset):

.....

Esetleges további kérdéseim az altatórvoshoz:

.....

.....

A fenti adatok az érzéstelenítés elvégzése céljából adtam, az adatok /információk valóságnak megfelelők.

....., 20 hónap nap

A beteg által hozott leletek (értékek):

RR:
O ₂ :
Fvs:
Hgb:
Htc:
Thr:
INR:

.....
a kérdőívet kitöltő beteg, illetve törvényes képviselője, vagy a nyilatkozattételre jogosult cselekvőképes személy aláírása