

ALTATÁSRA VONATKOZÓ KÉRDŐÍV - SZÜLŐKNEK

Kérjük, figyelmesen töltsse ki a mellékelt kérdőívet!

- Mint minden orvosi beavatkozásnál, az altatás okozta megterhelés és az azzal kapcsolatos kockázat is minden esetben más.
- A következőkben felsorolt kérdések a kockázatok felderítésére szolgálnak a gyermek lehető legnagyobb biztonságban történő altatása érdekében.
- 14 éves, vagy ennél fiatalabb gyermekük esetén töltsék ki az a kérdőívet!
- Kérjük, az altatással kapcsolatos, a kórház honlapján (www.szentimrekorhaz.hu →Szolgáltatásaink→Fekvőbetegellátás→Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztály→Műtő) található, vagy írásban mellékelt tájékoztatót gondosan olvassák el. Ha kérdése van az altatással kapcsolatban, vagy, ha a kérdőív kérdései nem voltak egyértelműek, szóljon az aneszteziológiai vizsgálat során!

A beteg neve:

Születési ideje:évhónapnap

TAJ:.....

Magassága:cm, testsúlya:.....kg

A tervezett műtét:

A műtét tervezett időpontja:évhónapnap

Újszülöttkori problémák előfordultak-e? igen nem

Ha igen, mik voltak azok?.....

Feküdt-e már gyermekük kórházban? igen nem

Ha igen, mikor és miért?.....

Gondozzák-e a gyermeküket krónikus betegség miatt? igen nem

Ha igen, milyen betegség(ek) miatt?

Jelenleg szed-e gyermekük rendszeresen gyógyszert? igen nem

Ha igen, mit és mennyit?

Kapott-e a gyermek védőoltást az elmúlt 3 hónapban? igen nem

Ha igen, mit és mikor?.....

Volt-e lázas beteg gyermekük az elmúlt két hétben? igen nem

Ha igen, mi volt a baja?

Találkozott-e gyermekük fertőző beteggel az elmúlt hetekben? igen nem

Ha igen, mikor és milyen a fertőző betegségben szenvedővel?

.....

Volt-e már gyermekük altatva? igen nem

Ha igen, mikor és miért?.....

Tudomásuk szerint, történt-e bármi rendellenes a műtét vagy

az altatás során? igen nem

Ha igen, mi?

Előfordult-e műtét után hányás, hidegrázás, fejfájás, légzészavar, ritmuszavar? (*Húzza alá a megfelelő!*) Egyéb :

Történt-e bármi rendellenes bárkivel a családban

műtét vagy altatás során? igen nem

Ha igen, kivel és mi?.....

Van-e, volt-e vérrokonnak izombetegsége? igen nem

Ha igen, milyen betegség?.....

Kapott-e gyermekük vért, vagy vérkészítményt? igen nem

Ha igen, mit és mikor?.....

Ha kapott, volt-e szövődménye? igen nem

Ha igen, mi volt az?

Gyermekük érzékeny-e gyógyszerre, vegyszerre, vagy ételre? igen nem

Ha igen, mire?

Ha volt kisebb sérülése, foghúzása, akkor időben elállt-e vérzése? igen nem

Vérzik-e rendszeresen az ínycsontfogmosáskor? igen nem

Volt-e a családban bárkinek véralvadási zavara? igen nem

Ha igen, akkor trombózis, embólia, vérzékenység volt-e? (*Húzza alá a megfelelő!*)

Lányok esetén, havi vérzés jelentkezett-e már gyermekénél? igen nem

Ha igen, mikor várható legközelebb?

Előfordult-e gyermekénél súlyosabb baleset, sérülés? igen nem

Ha igen, mi és mikor történt?.....

Használ-e hallókészüléket? igen nem

Használ-e szemüveget, vagy kontaktlencsét? igen nem

Van-e mozgó, törött, vagy rossz foga a gyerekeknek? igen nem

Hogyan tűri a gyermek a fájdalmat?

Jól, közepesen, rosszul, vagy nagyon rosszul? (*Húzza alá a megfelelőt!*)

Gyermekük lelkileg érzékeny-e? igen nem

Volt-e már tartósan távol szüleitől? igen nem

Van-e más fontos közlendője a gyerekekről? igen nem

Ha igen, kérjük, írja le!

Fennáll-e, vagy fennállt-e korábban gyermeküknél az alább felsorolt betegségek bármelyike?
(*Ha igen, húzza alá a megfelelőt!*)

Szívfejlődési rendellenesség, szívritmuszavar, szívizom, vagy szívbelhártya gyulladás, trombólis, ájulás, magas vérnyomás, fulladás, asztma, tbc, gyakori tüdőgyulladás, sárgaság, májgyulladás, egyéb májbetegség, vesegyulladás, vesekő, pajzsmirigy betegség, cukorbetegség, lázgörcs, epilepszia, bénulás, depresszió, hallucináció, szembetegség.

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

....., 20 hónap nap

.....
a szülő, vagy a gyermek törvényes képviselőjének aláírása