

Deklaracja aktualnego stanu zdrowia

SZPITAL PRASKI P.W. PRZEMIENIENIA PAŃSKIEGO SPÓŁKA Z O.O. SZPITAL
PRASKI P.W. PRZEMIENIENIA PAŃSKIEGO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ
ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
03-401 WARSZAWA, ul. AL. SOLIDARNOŚCI 67
REGON: 012298823 , NIP: 1132866688

Pacjent:
PESEL:
Adres:

DEKLARACJA AKTUALNEGO STANU ZDROWIA

W celu dobrania najbezpieczniejszego rodzaju znieczulenia, prosimy o bardzo dokładne wypełnienie poniższej deklaracji. Z wypełnioną **wcześniej** (przed konsultacją) przez Państwa DEKLARACJĄ AKTUALNEGO STANU ZDROWIA, zapozna się lekarz anestezjolog w czasie konsultacji, wyjaśniając jednocześnie wszystkie wątpliwości dotyczące znieczulenia.

Wiek	lat	Wzrost	cm	Waga	kg
------	-----	--------	----	------	----

Czy przebyła Pani/Pan kiedy znieczulenie ogólne (narkoza) ? **NIE TAK** (zaznaczyć kółeczkiem)

Ile razy.....Kiedy ostatnie.....Czy były powikłania.....

Czy przebyła Pani/Pan kiedyś znieczulenie przewodowe (blokada nerwów) **NIE TAK** (zaznaczyć kółeczkiem)

Ile razy.....Kiedy ostatnie.....Czy były powikłania?.....

Czy przebyła Pani/Pan kiedyś znieczulenie miejscowe ? **NIE TAK** (zaznaczyć kółeczkiem)

Czy były powikłania?.....Czy u kogos z rodziny były powikłania po jakimś znieczuleniu?.....

Czy przyjmuje Pani/Pan na stałe jakieś leki? **NIE TAK** (zaznaczyć kółeczkiem)

Jeśli tak, proszę wpisać nazwy wszystkich leków, dawki , ile razy dziennie:

Czy przyjmuje Pani/Pan jakieś zioła lub leki bez recepty, suplementy ? **NIE TAK** (zaznaczyć kółeczkiem)

Czy pali Pani/Pan papierosy? **NIE TAK** (zaznaczyć kółeczkiem) ile.....na dzień ile.....lat

Czy spożywa Pani/Pan alkohol? **NIE RZADKO BARDZO CZĘSTO** (zaznaczyć kółeczkiem)

Czy jest Pani/Pan na coś uczulona? **NIE TAK** (zaznaczyć kółeczkiem)

Jeśli tak, proszę wpisać na co występuje uczulenie:

Jeśli miała Pani/Pan jakieś zabiegi/operacje w przeszłości proszę je wymienić:

Jeśli choruje (lub chorowała/ał w przeszłości) Pani/Pan na któreś z wymienionych w poszczególnych rubrykach chorób, proszę podkreślić właściwe choroby oraz zaznaczyć kółeczkiem **TAK** w danej rubryce. Jeśli nie chorowała Pani/Pan na żadne z wymienionych w danej rubryce chorób, proszę obramować kółeczkiem **NIE**.

<u>Choroby układu oddechowego:</u> Astma, POCHP, Rozedma, Zapalenie oskrzeli, Zapalenie płuc, Wysięk w płucach, Zatorowość płucna, Zapalenie zatok, Alergie, Zapalenie migdałków, Zapalenie ucha, Gruźlica, Kaszel, Duszność w spoczynku, Duszność w pozycji leżącej, Bezdech nocny	TAK	NIE
<u>Choroby układu krążenia:</u> Nadciśnienie, Choroba wieńcowa, Zawał serca, Stent, Hiperlipidemia, Niewydolność krążenia, Choroby tętnic kończyn, Żylaki, Tętniak, Migotanie przedsionków, Zaburzenia rytmu serca, Rozrusznik serca, Defibrylator, Przerost serca, Wada serca, Zapalenie wsierdzia	TAK	NIE
<u>Choroby układu pokarmowego:</u> Marskość wątroby, Hepatitis / Żółtaczką, Kamica pęcherzyka żółciowego, Zapalenie trzustki, Refluks żołądkowy, Choroba wrzodowa, Choroba Chrona, Czy obecnie są : Nudności, Wymioty, Biegunka, Zaparcia ----- Jeśli tak - proszę podkreślić	TAK	NIE
<u>Choroby układu nerwowego i kości:</u> Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa, Bóle głowy, Migrena, Uraz głowy, Miastenia, Dystrofia mięśniowa, Niedowłady, Udar mózgu, Padaczka, Choroby psychiczne, Depresja	TAK	NIE
<u>Choroby układu moczowego i hormonalnego:</u> Choroby nerek, Dializy, Kamica, Choroby pęcherza moczowego, Choroby prostaty, Nietrzymanie moczu, Cukrzyca, Choroby tarczycy, Choroby przysadki, Choroby nadnerczy, Leczenie sterydami	TAK	NIE
<u>INNE:</u> Anemia, Skłonność do krwawienia, Chudnięcie, Zaćma, Jaskra, Inne choroby oczu, Niedosłuch, Leczenie immunosupresyjne, Leczenie chemioterapią, Sepsa, Transfuzje krwi Jeśli występują jakieś inne, niewymienione w Deklaracji choroby, proszę je wpisać:	TAK	NIE

Zaświadczam, że dokładnie zapoznałam/ zapoznałem się z **Informacją dla Pacjenta przed znieczuleniem**, a także wypełniłam/wypełniłem **Deklarację Aktualnego Stanu Zdrowia** zgodnie ze stanem faktycznym.

Data:

Wyraźny Podpis
Pacjenta lub Opiekuna
Prawnego: