

Dotazník na predoperačné vyšetrenie

Meno:

Rodné číslo:

Dátum:

- dotazník bude súčasťou lekárskej dokumentácie.
- V prípade že neviete zodpovedať niektorú otázku, preskočte ju.

Aká operácia má byť u Vás vykonaná? _____

Mali ste infekčné ochorenie v posledných 4 týždňoch /chrípka, hnačka/ Áno – Nie

Zadýchate sa pri námahe, mávate bolesti na hrudníku? Áno - Nie

Mávate opuchy alebo bolesti dolných končatín? Áno - Nie

Mali ste už operáciu v celkovej anestéze, prípadne boli komplikácie?

Druh operácie _____ komplikácie Áno – Nie
Druh operácie _____ komplikácie Áno – Nie
Druh operácie _____ komplikácie Áno - Nie

Na aké ochorenia sa liečite? (napr. vysoký tlak, cukrovka, šedý zákal, ochorenia srdca)
Ste v sledovaní špecialistov ? (Internista / Kardiológ / Gastroenterológ / Endokrinológ ?)

Aké lieky pravidelne/príležitostne beriete?

Beriete: Anopyrin, ANP, Kys. Acetylsacililová, ASS, Clopidogrel, Prasugrel, Pradaxu, Marcumar, Iscover, Plavix, Plavacor, alebo iný liek na „riedenie krvi“ ? Áno – Nie

Boli ste už hospitalizovaný v nemocnici? Áno – Nie,
približný rok/ dôvod hospitalizácie _____

Máte alergie na lieky, prípadne iné látky? _____

Fajčíte? Áno – Nie Pijete alkohol? Pravidelne – príležitostne - Nie

Je v rodine častejší výskyt ochorení (prípadne vek a príčinu úmrtia rodičov), prípadne boli komplikácie u pokrvných príbuzných pri anestéze?

Pre ženy: počet pôrodov: potratov: Posledná menštruácia:
Posledná návšteva gynekológa: Vek nástupu menopauzy:

Svojim podpisom potvrdzujem pravdivosť hore uvedených informácií,

.....podpis pacienta

(vypisovať len jedenkrát, nezabudnúť hore napísať meno a RČ)

Otočiť – dotazník pokračuje na druhej strane

Stanovenie rizika krvácania

1. Krvácanie z nosa

ÁNO	NIE
-----	-----

(bez iných príčin ako suchý vzduch, zima, silné čistenie, nádcha)

2. Máte zakrvácania (bez zranenia) do kože (hematómy) alebo drobné výrony krvi v koži (petechie)-

ÁNO	NIE
-----	-----

3. Máte krvácanie do kĺbov, mäkkých tkanív svalov?

ÁNO	NIE
-----	-----

4. Pozorovali ste u seba dlhšie krvácanie po porezaní, alebo zranení?

ÁNO	NIE
-----	-----

5. Mali ste dlhšie alebo silnejšie krvácanie po vytrhnutí zubov?

ÁNO	NIE
-----	-----

6. Mali ste dlhšie krvácanie počas alebo po operáciách?

ÁNO	NIE
-----	-----

7. Hoja sa Vám zle rany?

ÁNO	NIE
-----	-----

8. Sú vo Vašej rodine prítomné krvácavé stavy?

ÁNO	NIE
-----	-----

9. Beriete lieky nariedenie krvi?

(Aspirin, ASS, Anopyrin, Clopidogrel, Trombex, Warfarin, Pradaxa, Xarelto, Ticlodipin)

ÁNO	NIE
-----	-----

10. Beriete lieky na bolesť, alebo na reumatické obtiaže? (Aspirin, Voltaren, Nalgessin, Napsin, Ibuprofen)

ÁNO	NIE
-----	-----

11. Pre pacientky: Máte predĺžené (>7 dní), alebo zvýšené menštruačné krvácanie (častá výmena tampónov, alebo vložiek)?

ÁNO	NIE
-----	-----