

NIE	TAK	Choroby nerek
		niewydolność nerek, podać poziom kreatyniny
		przewlekła dializoterapia, od kiedy
NIE	TAK	Cukrzyca
		na lekach doustnych
		na insulynie
NIE	TAK	Choroby wątroby
		marskość wątroby
		niewydolność wątroby
		Wirusowe zapalenie wątroby
NIE	TAK	Różne
		inne przewlekłe choroby, wymienić
		nieprawidłowe wyniki badań wymienić
NIE	TAK	Używki
		alkohol/ papierosy/ inne, jakie
NIE	TAK	Przebyte choroby, zabiegi operacyjne i inne
		przebyte operacje, jakie i kiedy
		stosowane metody znieczulenia, jakie
		uczulenia na leki, produkty spożywcze, wymienić
		przebyte <u>tylko w ostatnim miesiącu</u> choroby infekcyjne (przeziębienie, zapalenie płuc, zapalenie zatok itp.), wymienić
		Aktualnie stosowane leki , wymienić wszystkie

Podpis Pacjenta

Ocena ankiety przez lekarza anestezjologa (wypełnia kwalifikujący lekarz anestezjolog)

Po zapoznaniu się z ankietą oceniam stopień ryzyka anestezjologicznego na ASA I II III

zgoda na znieczulenie

warunkowa zgoda na znieczulenie. Konieczna ponowna kwalifikacja po dostarczeniu dodatkowych wyników badań / konsultacji (wymienić jakie)

brak zgody. Znieczulenie tylko w warunkach szpitalnych

Data, podpis, pieczęć lekarza

Oświadczenie pacjenta (do podpisu w dniu badania)

Oświadczam, że podane wyżej dane są wyczerpujące i zgodne z prawdą. Wyrażam świadomą zgodę po rozmowie z lekarzem anestezjologiem na znieczulenie do planowanego badania/zabiegu oraz towarzyszące mu niezbędne postępowanie medyczne. Wyrażam zgodę na rozszerzenie postępowania anestezjologicznego w razie konieczności.

Zostałem/am poinformowany/a o konieczności opuszczenia placówki z dorosłym opiekunem

Data i podpis lekarza
przeprowadzającego znieczulenie

Data i podpis pacjenta