

Planowany termin badania _____

WSTĘPNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

przy oczekiwaniu powyżej 2 miesięcy

Wypełniana w momencie rejestracji na badanie endoskopowe celem wyłonienia osób, u których mogą istnieć przeciwwskazania do znieczulenia w warunkach ambulatoryjnych

Imię i Nazwisko			
Pesel			
Nr telefonu			
e-mail			
Waga (kg)			Wzrost (cm)

	Nie	tak	Jeśli tak - podać szczegóły
Problemy lub powikłania podczas poprzednich znieczuleń			
Zespół bezdechu nocnego			
Depresja			
Ch. Parkinsona			
Poważna choroba neurologiczna			
Narkotyki			
Alkoholizm			
Niewydolność nerek -dializy			
Uczulenia na leki i pokarmy			
Wymienić wszystkie przyjmowane przewlekłe leki	xx	xx	

Data i podpis pacjenta

Data i podpis lekarza