

KARTA ANESTEZJOLOGICZNA

Część 1. Dane identyfikacyjne

Imię i nazwisko pacjenta:		PESEL																	
---------------------------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Planowany zabieg	
------------------	--

Wzrost:		Waga:	
---------	--	-------	--

Część 1. Wywiad chorobowy

WYWIAD	TAK	NIE	WYWIAD	TAK	NIE
Choroba wieńcowa			Choroby wątroby		
Przebyty zawał mięśnia sercowego			Choroby nerek		
Nadciśnienie tętnicze			Trudności w oddawaniu moczu		
Wada serca			Choroby tarczycy		
Niewydolność krążenia			Cukrzyca		
Zaburzenia rytmu serca			Skłonność do krwawień i siniaków		
Żylaki kończyn dolnych			Palenie papierosów		
Zapalenia żył			Inne uzależnienia		
Astma oskrzelowa			Bóle głowy		
POChP			Padaczka		
Częste zapalenia oskrzeli			Utraty świadomości		
Gruźlica			Udar mózgu		
Inne choroby płuc			Porażenia, niedowłady		
Choroby kręgosłupa			Powikłania znieczuleń u osób spokrewnionych		
choroby mięśni, miastenia			Uczulenia na leki, pokarmy, inne substancje		
Ciąża (kobiety)			Substancja:	Objawy:	
Jaskra					
Choroby skóry					

Inne choroby:

Przebyte zabiegi operacyjne, rodzaj znieczulenia, powikłania, przetoczenia krwi:

Przyjmowane leki (nazwa, dawkowanie):

Uwagi:

Data i podpis pacjenta

.....

Część 2. Kwalifikacja anestezyjologiczna

WYNIKI BADAŃ DODATKOWYCH:

HGB		HT		PLT		Glukoza	
Kreatynina		Mocznik		K+		Na+	
Wsk. protromb.		INR		APTT		AST/ALT	
Antygen Hbs		P/ciała HIV		P/ciała wzw C		Szczepienie p/wzw B	
EKG							
RTG płuc							
Inne badania:							

BADANIA FIZYKALNE:

Stan świadomości		Tętno:		RR:	
Ocena układu krążenia:					
Ocena układu oddechowego:					
ASA		Skala Malampatii		Uzębienie	

ZALECENIA:

Data i podpis pacjenta

.....

Podpis i pieczęć lekarza

.....

WIZYTA PRZEDOPERACYJNA:

Stan świadomości		Tętno:		RR:	
Ocena układu krążenia:					
Ocena układu oddechowego:					

Oświadczam, że stan mojego zdrowia nie uległ zmianie od czasu kwalifikacji anestezyjologicznej.
Nie jadłem(a) od co najmniej 6 godzin, nie piłem(a) od co najmniej 4 godzin.

Data i podpis pacjenta

.....

Podpis i pieczęć lekarza

.....