

## KÉRDŐÍV ALTATÁSHOZ ÉS REGIONÁLIS ÉRZÉSTELÉNÍTÉSHEZ

Neve:.....

Születési ideje: .....év .....hónap .....nap **TAJ-száma:**.....

Testmagassága:.....cm **Testsúlya:**.....kg

Foglalkozása/-i (korábbiak is):.....

Állt az utóbbi időben (elmúlt 1 év) orvosi kezelés alatt?  igen  nem

Milyen megbetegedés/-ek miatt?.....

Nem kötelező védőoltásban részesült? (pl. influenza, májgyulladás)  igen  nem

Milyen műtétet terveznek Önnél?.....

A műtétre vonatkozó felvilágosítást megkapta?  igen  nem

Jelenleg terhes?  igen  nem

Rendszeresen szed gyógyszereket, gyógyhatású készítményeket?  igen  nem

Ha igen, sorolja fel! (említsen meg a következőket is: fájdalomcsillapító, altató, nyugtató, hashajtó, fogamzásgátló!).....

.....

Jelenleg van valamilyen fertőzése? (pl. láz, torokfájdalom, köhögés)  igen  nem

A korábbi műtét során volt valamilyen említésre méltó esemény az altatással vagy az érzéstelenítéssel kapcsolatban?  igen  nem

Ha igen, mi volt ez? .....

Volt valamilyen említésre méltó esemény vérrokonainál az altatással vagy az érzéstelenítéssel kapcsolatban? (pl. gyógyszerallergia, újraélesztés)  igen  nem

Korábban kapott vérátömlesztést?  igen  nem

Ha igen, történt valamilyen szövődmény?  igen  nem

Gyógyszerallergia?  igen  nem

Ha igen, nevezze meg!.....

Egyéb allergia? (húzza alá a megfelelőt!) Nincs Por Étel Ragtapasz Egyéb

Vérnyomásával problémák? (pl. alacsony, magas, „ingadozó”)  igen  nem

Anyagcsere-betegségek? (pl. cukorbetegség, köszvény)  igen  nem

Cukorbetegség esetén húzza alá a megfelelőt! Inzulinfüggő Gyógyszerrel kezelt Diéta Egyéb

Képes az otthoni tevékenységek ellátására? (pl. takarítás, mosogatás)  igen  nem

Képes bevásárlás után fél emelet (kb. 8-10 db lépcső) megtételére?  igen  nem

Szívbelhártya, szívizomzat megbetegedés? (pl. gyulladás)  igen  nem

Szívkoszorúér megbetegedés? (pl. szűkület, műtét, stent, infarktus)  igen  nem

Mellkasi fájdalom, fulladás, bokavizenyő?  igen  nem

Szívbillentyű megbetegedés? (pl. szűkület, elégtelenség, műbillentyű)  igen  nem

Szívritmuszavar? (pl. szapora, ritka, ritmustalan)  igen  nem

Szívritmus szabályozó (pacemaker), szívritmus visszaállító (ICD)?  igen  nem

Tüdő- és légúti megbetegedések?  igen  nem

Ha igen, húzza alá a megfelelőt! Asztma Tüdőtágulat Idült hörgőgyulladás Egyéb

Májbetegségek, epepanaszok?  igen  nem

Gyomor-/ nyombélfekély, tápcsatornai vérzés?  igen  nem

Emésztési zavarok? (pl. puffadás, hányás, hasmenés, székrekedés?)  igen  nem

Vesebetegségek, vizeletürítési zavarok?  igen  nem

Pajzsmirigybetegségek? (pl. golyva, túlműködés, alulműködés)  igen  nem

Szembetegségek? (pl. szürkehályog, zöldhályog)  igen  nem

Idegrendszeri bántalmak? (pl. epilepszia, bénulások, eszméletvesztés)  igen  nem

Pszichiátriai betegségek? (pl. depresszió, pánik, fóbia, kényszer)  igen  nem

Izombetegségek, izomgyengeség? (pl. izomsorvadás, myasthenia)  igen  nem

Csont- és ízületi betegségek? (pl. ízületi panaszok, gerincbetegség)  igen  nem

Mélyvénás trombózis, tüdőembólia?  igen  nem

Egyéb véralvadási zavarok? (pl. hajlam orrvérzésre, egyéb vérzésre)  igen  nem

A vér alvadását befolyásoló gyógyszerek szedése?  igen  nem

Szenved valamilyen más, eddig nem említett betegségben?  igen  nem

Ha igen, nevezze meg!.....

Egyéb említésre méltó korábbi esemény? (pl. műtét, baleset, fertőzés)  igen  nem

Igen válasz esetén kitöltendő!.....

Fogazata? (a megfelelő válasz aláhúzendő!) Ép Pótoltt Mozzgó Műfogsor Egyéb

Dohányzás? (korábban, jelenleg)  igen  nem

Rendszeres alkoholfogyasztás? (korábban, jelenleg)  igen  nem

Hallókészülék, szemüveg, kontaktlencse, testékszer, műköröm?  igen  nem

Esetleges további kérdéseim az altatórvoshoz:.....

.....

A fenti adatok hitelesek, nem hallgattam el olyan adatot / információt a tájékoztatást végző orvos elől, amely befolyásolhatná az érzéstelenítés vagy az általános érzéstelenítés (altatás) kimenetelét.

Budapest, 201...év.....hónap ..... nap

.....  
Aláírás (a kérdőívet kitöltő beteg, illetve törvényes képviselője vagy a nyilatkozattételre jogosult cselekvőképes személy)