

Jakie.....

Czy w związku z zabiegiem wydarzyło się coś szczególnego (nudności/wymioty)?

TAK NIE

Co.....

Choroba lokomocyjna?

TAK NIE

Czy krewni Pani/Pana mieli jakieś powikłania związane ze znieczuleniem?

TAK NIE

Czy jest Pani/Panu WIADOMO, że, chorował(a) lub choruje Pan/Pani na którąś z podanych poniżej chorób:

Choroby mięśni, wiotkość mięśni?

TAK NIE

Czy choroby mięśni, wiotkość mięśni występowały lub występują u krewnych?

TAK NIE

Choroby serca (np. zawał serca, choroba wieńcowa, wada serca, zapalenie mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu serca, inne)? TAK NIE

Czy choruje Pan/Pani na nadciśnienie tętnicze? TAK NIE

Choroby płuc i dróg oddechowych (np. gruźlica, pylica, zapalenie płuc, rozedma, astma oskrzelowa, inne)? TAK NIE

Choroby wątroby (np. żółtaczką, marskość, inne)? TAK NIE

Czy ma Pan/Pani żylaki kończyn dolnych (nóg)? TAK NIE

Choroby nerek (np. zapalenia, kamica, inne)? TAK NIE

Zaburzenia przemiany materii np. cukrzyca? TAK NIE

Choroby tarczycy (np. nadczynność, niedoczynność, powiększenie tarczycy, inne)?

TAK NIE

Choroby oczu (np. jaskra, zaćma, inne)?

TAK NIE

Choroby układu nerwowego (np. padaczka, niedowład, inne)? TAK NIE

Czy był(a) Pan/Pani leczony(a) z powodu chorób psychicznych (np. nerwicy, depresji, inne)?

TAK NIE

Choroby układu kostnego (kręgosłupa, stawów, inne)?

TAK NIE

Czy choruje Pani/Pan na owrzodzenie żołądka lub dwunastnicy? TAK NIE

Choroby krwi lub zaburzenia krzepnięcia krwi (np. skłonność do powstawania krwiaków, krwawienia z nosa, inne)? TAK NIE

Uczulenia (katar sienny, wysypki, nadwrażliwość na żywność, leki, plaster)?

TAK NIE

Czy choruje Pan/Pani na inną nie wymienioną niżej chorobę? TAK NIE

Jaką?.....

Czy ma Pani/Pan protezy zębowe (np. korony, mosty, wyjmowane protezy, inne)?

TAK NIE

Czy ma Pan/Pani ruszające się zęby? TAK NIE

Czy pali Pan/Pani regularnie? TAK NIE

Czy pije Pan/Pani nadmierne ilości alkoholu? TAK NIE

Czy jest Pan/Pani uzależniony(a) od środków odurzających? TAK NIE

Czy Pani/Pan źle słyszy? TAK NIE

Inne uwagi (np. wypadki)? TAK NIE

Opis.....

.....

.....

czytelny podpis Pacjenta