

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ АНКЕТА

1. Ваша профессия?

2. Проходили ли Вы в последнее время лечение?

нет да
по поводу какого заболевания

3. Вы беременны? нет да

4. Принимаете ли Вы (или принимали) какие-либо медикаменты нет да
Какие? (укажите все болеутоляющие, успокоительные, снотворные, слабительные, противозачаточные)

5. Предыдущие операции

а. _____ год _____
б. _____ год _____
в. _____ год _____
г. _____ год _____

Были ли какие-либо осложнения? нет да

какие? _____
6. Были ли какие-либо осложнения при анестезии у Ваших родственников?

Болели ли Вы раньше или болеете в настоящее время следующими заболеваниями?

7. Мышечные заболевания или мышечная слабость нет да

8. Сердечные заболевания (стенокардия, одышка, инфаркт миокарда, порок сердца, аритмия, миокардит)? нет да

9. Сердечно-сосудистые заболевания (повышенное или пониженное артериальное давление, нарушение кровообращения, варикозная болезнь, тромбозы)? нет да

10. Заболевания лёгких и дыхательных путей (туберкулез, пневмония, эмфизема легких, астма, хр. бронхит)? нет да

11. Заболевания печени (напр. желтуха, гепатит, цирроз печени) нет да

12. Заболевания почек (напр. пиелонефрит, гломерулонефрит, мочекаменная болезнь)? нет да

13. Нарушение обмена веществ (напр. сахарный диабет, фруктоза) нет да

14. Заболевания щитовидной железы (напр. зоб)? нет да

15. Заболевания глаз (глаукома)? нет да

16. Заболевания нервной системы (напр. эпилепсия, параличи)? нет да

17. Психические заболевания (напр. депрессия)? нет да

18. Костные заболевания (напр. позвоночника или суставов)? нет да

19. Заболевания крови или нарушения свертывания (напр. склонность к гематомам, носовому кровотечению)? нет да

20. Аллергии (напр. сенная лихорадка, повышенная чувствительность к продуктам питания, медикаментам, пластырям)? нет да

21. Есть ли у Вас другие заболевания? нет да

22. Носите ли Вы зубной протез (коронки, зубные мостики, снимаемые протезы)? нет да

Есть ли у Вас шаткие зубы? нет да

Привычки

23. Курите ли Вы регулярно? нет да

24. Пьете ли вы регулярно алкоголь? нет да

25. Есть ли у Вас привыкание к определенным медикаментам? нет да

26. Укачивает ли Вас в транспорте? нет да

27. Носите ли Вы слуховой аппарат? нет да

Прочие особенности (напр. травмы, неупомянутые заболевания, особенности труда)

Ваш вес _____ кг, рост _____ см