

**ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ОСМОТР
ВРАЧОМ-АНЕСТЕЗИОЛОГОМ-РЕАНИМАТОЛОГОМ**

" __ " _____ 20__ г. время: __ час. __ мин.

Диагноз:

Основное заболевание _____

Осложнения основного заболевания _____

Внешняя причина при травмах, отравлениях _____

Сопутствующие заболевания _____

Дополнительные сведения о заболевании _____

Жалобы: _____

Особенности анамнеза:

аллергические реакции на лекарственные препараты, пищевая аллергия или иные виды непереносимости в анамнезе, с указанием типа и вида аллергической реакции: _____

постоянный прием лекарственных препаратов: _____

наличие имплантированных медицинских изделий: _____

наличие (отсутствие) обструктивного сонного апноэ: _____

Физикальное исследование: _____

состояние вен конечностей: _____

наличие зубных протезов: _____

Результаты медицинского обследования:

группа крови _____ резус-принадлежность _____ антиген K1 системы Kell _____

иные сведения групповой принадлежности крови (при наличии) _____

интерпретация электрокардиографических данных _____

дата проведения _____

Дополнительные сведения:

Планируемый вид анестезиологического пособия: _____

Премедикация: _____

(наименование лекарственных препаратов,
дозы, путь и кратность введения)

Мониторинг жизненно-важных функций организма:

Заключение: _____

Оценка операционно-анестезиологического риска: _____

Прогностическая оценка трудности интубации: _____

Рекомендации:

(дополнительное обследование, консультации врачей-специалистов)

Назначения: _____

Врач-анестезиолог-реаниматолог:

фамилия, имя, отчество (при наличии) _____ подпись _____