

DOTAZNÍK

Příjmení Jméno Rodné číslo Č. ZP
Bydliště Tel. domů Zaměstn.
Na jaký zákrok jdete Váha Výška
Jaké operace jste již prodělal/a (v jaké anestezii – místní – svodná – celková)

Víte o nějakých komplikacích během nebo po operaci u Vás – popište je

Zaškrtněte x ANO nebo NE, ev. podtrhněte co se hodí

Ano Ne

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Léčíte se se srdcem (zadýchávání při námaze, bolesti za hrudní kostí, otoky nohou, prodělal jste infarkt, máte poruchu srdečního rytmu?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Léčíte se na vysoký krevní tlak | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Trpíte průduškovým astmatem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Prodělal/a jste TBC plic | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Léčíte se na cukrovku (dieta, tablety, inzulin) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Léčíte se se štítnou žlázou | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Léčil/a jste se někdy na onemocnění ledvin (záněty, kameny) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Máte potíže s prostatou | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Léčil/a jste se někdy pro onemocnění jater (ev. žloutenka, mononukleoza) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Trpíte na vředovou chorobu žaludku (dvanáctníku), potíže se slinivkou | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Trpíte neurologickým onemocněním (epilepsie, myasthenie, bolesti hlavy, obrny nervů, stav po mrtvičce, po borelioze, oper. plotének páteře) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Máte křečové žíly, záněty žil (tromboza, embolie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Užíval/a jste někdy hormonální přípravky (Prednison, Triam., Hydrocortison) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Léčíte se na zelený zákal (glaukom) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Trpíte nějakou alergií | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Měl/a jste někdy delší krvácení (po vytržení zubu, z nosu, po poranění) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Léčil/a jste se na onkologii, zhubl jste za poslední 1/2 roku, byl jste ozařován | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Měl někdo z Vašich pokrevných příbuzných komplikace během nebo po operaci (např. nejasné úmrtí atd.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Máte po černé kávě pocit ztuhlosti kolem úst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Máte uvolněné zuby nebo snímatelnou náhradu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Kouříte, pijete více alkoholu nebo máte jiné závislosti (léky na spaní) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Máte nějaké další ev. neléčené obtíže | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Je možnost, že jste těhotná | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Které léky nyní užíváte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Souhlasím s provedením výkonu v analgosedaci jako ambulantní pacient. Pročetl jsem **informační leták** a všechna doporučení a porozuměl jsem jim. Jsem schopen a ochoten dostat uvedeným doporučením.

Datum

Podpis pacienta (zákonného zástupce)