

# 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) .....