LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETO LIGONINĖ KAUNO KLINIKOS ANESTEZIOLOGIJOS KLINIKA

Paciento priešoperacinės anamnezės klausimynas

Šio klausimyno tikslas – surinkti gydytojui svarbią informaciją apie Jūsų sveikatos būklę tam, kad būtų galima prognozuoti su planuojama operacija ir anestezija susijusius sunkumus ir jiems tinkamai pasiruošti. Prašome skirti pakankamai laiko ir į visus klausimus atsakyti išsamiai ir tiksliai.

Paciento vardas, pavardė:			
Pildymo data:	**Amžius:**	**Ūgis:**	**Svoris:**
Planuojama chirurginė procedūra:			
Buvusios operacijos, intervencinės procedūros ir anestezijos			
• kokia operacija ar intervencija? • kokia anestezija taikyta? • apytikslės datos?			
Problemos buvusių anestezijų ir operacijų metu (pažymėkite visus tinkamus langelius)			
□ Nukraujavimas su kraujo produktų perpylimo poreikiu □ Sunkus pykinimas ar vėmimas □ Sudėtingas kvėpavimo vamzdelio įkišimas □ Kvėpavimo sutrikimai		□ Ilgesnis nei įprasta budimas po anestezijos □ Didelis raumenų silpnumas □ Sudėtinga spinalinė ar epidurinė nejautra □ Piktybinė hipertermija	
□ Kitos problemos (įrašykite):			
Vartojami medikamentai			
• vaistų pavadinimai ir dozės? • kiek kartų per parą vartojate? • inhaliatoriai? akių lašai? • nereceptiniai vaistai, papildai, kontraceptikai?			
Alergijos ir nepageidaujamos reakcijos į vaistus (apibūdinkite visas alerginės reakcijos aplinkybes)			
• kas išprovokavo? • kokie pasireiškė simptomai? • ar buvo reikalinga skubi pagalba?			

Širdies ir kraujagyslių sistemos vertinimas: Ar Jus sirgote miokardo infarktu?	□TAIP □NE
Į kurį aukštą galite užlipti laiptais ramiu tempu, nepavargdami?	□1 □2 □3 □4
Ar jaučiate skausmą ar diskomfortą širdies plote minimalaus fizinio krūvio metu?	□TAIP □NE
Ar jums reikalinga kito žmogaus pagalba kasdieninėje buityje?	□TAIP □NE
Ar sergate padidėjusio kraujospūdžio liga?	□TAIP □NE
Ar Jums yra atlikta širdies operacija?	□TAIP □NE
Ar turite implantuotų stentų kraujagyslėse?	□TAIP □NE
Ar turite implantuotą širdies stimuliatorių ar kardioverterį-defibriliatorių?	□TAIP □NE
Ar Jums yra buvę širdies ritmo sutrikimų? (pvz. diagnozuotas prieširdžių virpėjimas, plazdėjimas, įgimti ritmo sutrikimai)	□TAIP □NE
Ar Jums diagnozuota širdies vožtuvų liga?	□TAIP □NE
Ar Jums diagnozuota periferinių kraujagyslių liga? (pvz. kojų kraujotakos sutrikimas)	□TAIP □NE
Ar Jums buvo diagnozuota giliųjų venų trombozė ar plaučių embolija?	□TAIP □NE

Paciento vardas, pavardė:	
Kvėpavimo sistemos vertinimas: Ar sergate / sirgote tuberkulioze?	□TAIP □NE
Ar per paskutines 4 savaites Jums buvo diagnozuota viršutinių kvėpavimo takų infekcija?	□TAIP □NE
Ar Jums yra diagnozuota bronchinė astma ar lėtinė obstrukcinė plaučių liga?	□TAIP □NE
Ar rūkote? (Jei taip, kiek cigarečių per dieną ir kiek metų?)_____.	□TAIP □NE
Ar naudojate papildomą deguonį namuose?	□TAIP □NE
Ar knarkiate? Ar jaučiatės pavargę, mieguisti dienos metu?	□TAIP □NE
Ar Jūsų artimieji yra pastebėję kvėpavimo sustojimo epizodų miego metu?	□TAIP □NE
Ar jums sunku išsižioti, ryti? Ar skundžiatės springimu, užkimimu?	□TAIP □NE
Ar turite nuskeltų, klibančių dantų, protezų, karūnėlių, tiltų, breketų?	□TAIP □NE
Endokrininės sistemos vertinimas: Ar turite skydliaukės ligą?	□TAIP □NE
Ar sergate cukriniu diabetu? Kurio tipo?	□TAIP: □1 □2 □NE
Virškinimo sistemos vertinimas: Ar sergate hepatitu? Kokiu?	□TAIP: □B □C □NE
Ar Jums diagnozuotas padidėjęs rūgštingumas ar gastroezofaginis refliuksas?	□TAIP □NE
Ar Jūs esate gydytas dėl skrandžio ar dvylikapirštės žarnos opos?	□TAIP □NE
Kiek alkoholio vienetų (40 ml 40% etanolio) suvartojate per savaitę?	_____ vnt.
Šlapimo ir lytinių organų sistemos vertinimas: Ar sergate lėtine inkstų liga?	□TAIP □NE
Ar Jums atliekamos dializės?	□TAIP □NE
Ar esate gimdžiusi? (moterims)	□TAIP □NE
Nervų, atramos ir judėjimo sistemos vertinimas: Ar Jūs sergate epilepsija?	□TAIP □NE
Ar Jums yra diagnozuota nervų liga?	□TAIP □NE
Jei taip, kokia? (įrašykite) _____.	
Ar esate sirgęs galvos smegenų insultu? Kuriais metais?	□TAIP: □NE
Ar sergate sąnarių liga? Ribotas kaklo judrumas?	□TAIP □NE
Kraujodaros sistemos vertinimas: Ar sergate mažakraujyste?	□TAIP □NE
Ar Jums yra sutrikęs kraujo krešėjimas? (užsitęsęs kraujavimas iš nosies, dantenų, po danties pašalinimo, įsipjovus, mėnesinių metu, mėlynių atsiradimas be priežasties)	□TAIP □NE
Ar Jums yra atliktų kraujo perpylimų?	□TAIP □NE
Onkologiniai susirgimai (vėžys):	□TAIP □NE
Jei taip, kurio organo? (įrašykite) _____.	
Kiti susirgimai, nepaminėti anksčiau (prašome nurodyti žemiau)	
Klausimai ir komentarai gydytojui anesteziologui:	
Paciento parašas:	