

Tisztelt Betegünk!

Minden orvosi beavatkozásnak van kockázata, ezért különösen fontos, hogy tájékozódjunk betegeink általános állapotáról, kísérő betegségeiről, élet szokásairól. Az alább feltett kérdések a kockázatok felderítésére szolgálnak. Szíveskedjék az „Egyéb említésre méltó körülmények” rovatban olyan körülményekre rámutatni, amelyek Önnek lényegesnek tűnnek, de nem kérdeztünk rá. Kérjük figyelmesen olvassa el és töltse ki a mellékelt kérdőívet! Amennyiben a kérdések megválaszolásához szüksége van segítségre szívesen állunk rendelkezésére!

Anamnézis kérdőív

Beteg neve: _____
Születési ideje: _____ év _____ hónap _____ nap
Magassága: _____ cm, testsúlya _____ kg

Tud-e gyógyszerérzékenységről vagy egyéb allergiáról?

Nem

Igen (mire?) _____
(tünetek?) _____

Rendszeresen szedett gyógyszerei (fogamzásgátló, fájdalomcsillapító, nyugtató is!):

Belső szervi betegségeim (mivel kezelték vagy mire szedek gyógyszert?):

Tüdő- és légúti megbetegedések (pl.: TBC, tüdőtágulás, asztma, krónikus hörgőgyulladás, COPD, tüdőgyulladás)	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
Szívizomzat megbetegedése (pl.: gyulladás, megvastagodás, tágulat)	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
Szívkoszorúér megbetegedése (pl.: régebbi infarktusz, mellkasi panasz, korábbi tágítás, sztent behelyezése)	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
Szívelégtelenség (pl.: fulladás, lábszár vizenyő, tüdővizenyő)	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
Szívbillentyű megbetegedés (pl.: meszesedés, műbillentyű)	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
Szívritmuszavar (pl.: rendszertelen szívritmus, korábbi pacemaker)	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
Magasvérnyomás betegség	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
Van-e visszere ssége, volt-e mélyvénás trombózis?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
Van-e hajlama vérzékenységre (kis vérzések is nehezen állnak el)?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem

Volt-e eszméletvesztése?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
Idegi bántalmak (pl.: epilepszia, bénulások, agyvérzés)	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
Izombetegségek és izomgyengeség (pl.: izomsorvadás, myasthenia)	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
Vázrendszer megbetegedései (pl.: ízületi bántalmak, gerincsérv)	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
Állt-e kezelés alatt kedélybetegség miatt? (pl.: depresszió, pszichiátriai megbetegedés)	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
Gyomorfekély vagy gyomorvérzés	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
Májbetegségek, epepanaszok	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
Vesebetegségek?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
Cukorbetegség	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
Anyagcsere-betegségek (pl.: pajzsmirigy betegség)	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
Szembetegségek (pl.: zöldhályog, szürkehályog)	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem

Megelőző műtétei (kérjük sorolja fel):

Előfordult-e valami említésre méltó esemény korábbi műtetek során? (altatással, műtéttel kapcsolatban)	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
Ha igen, mi volt ez?		
Előfordult-e valami említésre méltó vérrokonainál a műtéttel vagy az érzéstelenítéssel kapcsolatban (pl.: újraélesztés)	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
Van-e hajlama vérzékenységre (kis vérzések is nehezen állnak el)?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem

Egyéb körülmények:

Kapott-e már valaha vérátömlesztést?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
Adódott ennél komplikáció?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
Dohányzik?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
Ha igen, mennyi ideje és naponta hány szálát szív el?		
Napi/heti rendszerességgel fogyaszt alkoholt?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
Használ-e élénkítő szereket? (kávé, energia ital, drog)	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
Használ-e hallókészüléket?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
Van-e fogpótlása, meglazult vagy sérült fogai?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem

Egyéb említésre méltó körülmények (pl.: vírusos májgyulladás [hepatitis B, C]; nemi úton terjedő betegség [szifilisz, AIDS] , baleset, fel nem sorolt egyéb megbetegedések):

Az elmúlt 5 évben az alábbiak közül milyen szűrővizsgálatokon vett részt?

A megfelelő részt kérjük, x-szel jelölje:

- tüdő gyomor vastagbél emlő nőgyógyászati vese prosztata
 szájüregi bőrgyógyászati

Előfordult-e a családban?

Rosszindulatú daganat

Ha igen, a következők:

igen nem

Mélyvénás trombózis / tüdőembólia

igen nem

Ezúton nyilatkozom, hogy a fenti adatok hitelesek, nem hallgattam el olyan adatot/információt, amelyek a befolyásolhatnák a tervezett beavatkozást kimenetelét vagy káros hatással lehetnek az ellátásban részt vevő egészségügyi személyzetre vagy a környezetembe kerülő más betegekre.

Dátum: _____

_____ a kérdőívet kitöltő beteg, illetve törvényes képviselője vagy a nyilatkozattételre jogosult cselekvőképes személy aláírása

Vizsgáló orvos megjegyzései, teendők, kezelési terv:

Tisztelt Betegünk!

Köszönjük, hogy a kérdőív kitöltésével segítette munkánkat. Engedje meg, hogy a következőkben felhívjuk figyelmét néhány fontos szempontra, amelyeket tanácsos követnie.

1. Rendszeresen szedett gyógyszereit konzultálja meg altatóorvosának, aki el fogja mondani, hogy mely gyógyszereket hagyja ki és melyeket szedje a műtét napjának reggelén is.
2. A műtéig lehetőleg ne dohányozzon!
3. Műtete előtti napon este kevés könnyű ételt, főleg folyadékot fogyasszon, ha orvosa másként nem rendelkezik, éjjeltől már folyadékot sem ihat.
4. Értéktárgyait (átvételi elismervény ellenében) bízza az osztályos nővér gondjaira.
5. Ha körmeit lakkozta, azt szíveskedjék eltávolítani!
6. Esetleg kivethető műfogsorát kérjük a műtőbe szállítás előtt kivenni és éjjeliszekrényének fiókjában hagyni! Ha van hallókészüléke, azt hozza magával!
7. A műtőbe szállítás előtt rendszeresen használt szemcseppjét cseppentse be!

Kérjük, hogy a mellékelt nyilatkozatot „altatóorvosának” látogatása alkalmával írja alá és neki adja át!
Mielőbbi gyógyulást és jó egészséget kívánunk!