

AMBULATORO UN STACIONĀRO SLIMNIEKU

ANESTĒZIJAS KARTE Nr. _____

Имя _____ Фамилия _____ Персональный код _____

Пожалуйста заполните анкету

№		Да	Нет	Не знаю
1.	Вы бывали (лечились) в больнице?			
2.	У Вас раньше были наркозы?			
3.	Были ли у Вас проблемы с наркозами?			
4.	Когда у Вас была последняя менструация _____			
5.	У Вас есть аллергия? Причины аллергии: -медикаменты -продукты (еда) -другие причины			
6.	Если есть аллергия, как она проявляется: прыщи,сыпь,затруднённое дыхание,лихорадка,насморк,повышенная температура тела (нужное подчеркнуть)			
7.	Были ли у Вас за последние 2 недели простудные заболевания?			
8.	У Вас есть искусственные зубы или мосты?			
9.	Употребляете ли вы постоянно какие-либо медикаменты? Какие?			
10.	Было ли у Вас повышенное кровотечение после удаления зубов или маленьких процедур?			
11.	Было ли у Вас: -роды(количество) -аборты(количество) -гинекологические операции(какие) -туберкулёз,ревматизм,астма -патологии сердца или боли в области сердца -заболевания печени.желудка ,гепатит -заболевание почек ,малокровие -судороги,потеря сознания -сахарный диабет -давление(нормальное.повышенное.пониженное)			

К СВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТА: ПОСЛЕ НАРКОЗА В ТЕЧЕНИИ 24 ЧАСОВ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ УПРАВЛЯТЬ ТРАНСПОРТНЫМ СРЕДСТВОМ,УПОТРЕБЛЯТЬ АЛКОГОЛЬ,ПРИНИМАТЬ ВАЖНОЕ РЕШЕНИЕ. ДОМОЙ ЖЕЛАТЕЛЬНО ОТПРАВЛЯТЬСЯ В СОПРОВОЖДЕНИИ РОДНЫХ ИЛИ ДРУЗЕЙ ПЕРСОНЫ.

Я информирован о наркозном риске и возможных осложнениях, а также о предстоящей операции (или процедуре) ,о связанном с ней плане и объёме, о возможных осложнениях и риске. Текст анкеты я прочитал и понял. Я согласен на интравенозный наркоз.

20 .г. _____

подпись _____