

Anesteziološki upitnik

Poštovani pacijente, poštovana pacijentkinjo!

Datum:

Da bismo se optimalno mogli brinuti o vama i svemu što je vezano za operaciju, molimo vas da ovaj upitnik savesno i u potpunosti popunite.

Donesite ova dokumenta sa sobom, ukoliko ih imate:

- Anesteziološku knjižicu [Anästhesiepass]
- Biološki testament [Patientenverfügung]
- Knjižicu o ugrađenom stentu/implantatu [Stent-/Implantatpass]
- Knjižicu o alergijama [Allergiepass]
- Punomoćje za odlučivanje u vaše ime [Vorsorgevollmacht]
- Knjižicu o ugrađenom pejsmejeru [Herzschrittmacherpass]

Ime:

Datum rođenja:

Zanimanje:

Visina: cm Težina: kg

Važeće označite krstićem i dopunite:

1 | Ranije operacije?

da ne

ako je odgovor **da**, koje i kada:

.....
.....
.....

2 | Da li ste posle operacija imali neke tegobe?

da ne

ako je odgovor **da**, koje:

- mučnina/povraćanje tegobe sa disanjem
 probleme sa cirkulacijom drhtavicu
druge:

.....

3 | Da li je neko od vaših krvnih srodnika imao komplikacije sa narkozama?

da ne

4 | Možete li se popet uz stepenice 2 sprata bez pauze i gušenja ili srčanih tegoba?

da ne

5 | Jeste li ikada primali transfuzije krvi (konzerve krvi)?

da ne

ako je odgovor **da**, da li je bilo ikakvih komplikacija i ako jeste, kojih?

.....

6 | Imate li alergije, intolerancije (nepodnošljivosti)?

da ne

ako je odgovor **da**, na šta:

- lateks (guma) antibiotike (z.B. penicilin)
 jod nikel hranu

druge:

.....

7 | Da li redovno uzimate lekove:

da ne

ako je odgovor **da**, koje:

.....
.....
.....

8 | Uzimate li lekove koji razređuju krv

da ne

ako je odgovor **da**, koje:

9 | Uzimate li lekove koji su u slobodnoj prodaji (bez recepta), zamenske preparate za drogu

da ne

ako je odgovor **da**, koje:

10 | Pušite li odn. jeste li pušili ranije?

da ne

ako **da**, koliko komada na dan:

ako **da**, koliko godina pušite:

ako **da** ranije, koliko godina već

ne pušite:

11 | Pijete li redovno alkohol?

da ne

ako **da**, šta i koliko na dan:

12 | Uzimate li drogu?

da ne

ako **da**, koju:

13 | Čujete li loše? da ne

14 | Imate li klimave odn. oštećene zube?

ako **da**, koje (označite krstićem):



15 | Nosite li zubnu protezu?

da ne

16 | Da li vam rane upadljivo sporo zaceljuju?

da ne

17 | Da li je kod vas ili kod nekoga od vaših krvnih srodnika ikada ustanovljen poremećaj u zgrušavanju krvi?

da ne

18 | Primećujete li sledeće vrste krvarenja bez prepoznatljivog razloga?

- krvarenje iz nosa
- modrice, a da se niste udarili
- krvarenje u zglobovima, mišićima, mekom tkivu
- upadljivo jako krvarenje nakon vađenja zuba
- upadljivo jako krvarenje nakon ranijih operacija odn. posekotina

19 | Da li ste vi ili neko od vaših krvnih srodnika već imali tromboze odn. (plućnu) emboliju?

da ne

Pitanja samo za pacijentkinje:

20 | Imate li odn. da li ste imali upadljivo jaka menstrualna krvarenja:

- trajanje duže od 7 dana
- više od 7 tampona/uložaka (normalne veličine) na dan

21 | Da li je moguće da ste trudni?

da ne

22 | Da li ste u poslednje 2 nedelje bili prehladjeni ili akutno bolesni?

da ne

23 | Imate li odn. da li ste imali jedno od sledećih zaraznih oboljenja, ako da koje:

- HIV
- hepatitis
- tuberkulozu

24 | Da li imate neko strano telo na sebi ili u sebi?

da ne Ako **da**, koje:

- stent
 - pjeskmejker
 - kardioverter - defibrilator
 - pirsing
- nešto drugo:

Imate li odn. da li ste imali neko od sledećih oboljenja:

- 25 | Visok pritisak** da ne
- 26 | Šećernu bolest** da ne
ako **da**, ubrizgavate li inzulin: da ne
- 27 | Srčani udar** da ne
ako **da**, da li u toku poslednjih 6 nedelja: da ne
ako **da**, da li je izvršen pregled kateterizacijom srca: da ne
- 28 | Bolove u grudima u mirovanju** da ne
- 29 | Bolove u grudima samo ako se izlažete naporu** da ne
- 30 | Slabost srca** da ne
- 31 | Vodu u plućima ili nogama** da ne
- 32 | Poremećaj srčanog ritma (npr. pretkomorsko treperenje)** da ne
- 33 | Bolesti srčanih zalistaka** da ne
- 34 | Oboljenje pluća** da ne
- 35 | Bronhijalnu astmu** da ne
- 36 | Bronhitis odn. COPD** da ne
ako **da**, je li vam potreban uređaj sa kiseonikom: da ne
- 38 | Apneju u spavanju** da ne
ako **da**, koristite li noću CPAP-masku: da ne
- 39 | Oboljenje bubrega** da ne
- 40 | Oboljenje jetre** da ne
- 41 | Želudačno-crevno oboljenje** da ne
- 42 | Zaraznu bolest** da ne
- 43 | Oboljenje štitne žlezde** da ne
- 44 | Oboljenje krvnih sudova** da ne
- 45 | Oboljenje nervnog sistema** da ne
- 46 | Demenciju** da ne
- 47 | Moždani udar odn. TIA** da ne
ako **da**, da li u toku poslednjih 6 nedelja: da ne
- 48 | Duševne tegobe odn. psihičko oboljenje** da ne
- 49 | Oboljenje mišića** da ne
- 50 | Oboljenje lokomotornog (mišićno-zglobnog) aparata** da ne
- 51 | Zelenu mrenu** da ne
- 52 | druga oboljenja koja nisu gore navedena:** da ne
ako **da**, koja:

- 53 | Da li ste nekome dali punomoćje da odlučuje u vaše ime?** [Vorsorgevollmacht] da ne
- 54 | Imate li biološki testament?** [Patientenverfügung] da ne

Kao osnovne informacije uz naredni razgovor sa anesteziologom/-injom u kojem ćete biti obavešteni o anesteziji molimo da pročitate informativni obrazac ili da pogledate informativni film o anesteziji:

<https://www.youtube.com/channel/UCyIaSac-bZ-fCGgJu0uN68w/playlists>

Ako se želite odreći obaveštenja o rizicima, molimo da to saopštite svom anesteziologu/svojoj anesteziologinji. Film ili informativni obrazac nisu zamena za individualni razgovor sa anesteziologinjom/anesteziologom.

