

	Sustav osiguranja i poboljšanja kvalitete zdravstvene zaštite	Oznaka dokumenta: OB-SOPK- ANUP Izdanje: 1 Vrijedi od: 02.04.2019. Stranica: Stranica: 1 od 1
	Anesteziološki upitnik	

Ime i prezime pacijenta: _____

Datum rođenja/OIB: _____ / _____

Adresa stanovanja: _____

Tj. težina (kg) / Tj. visina (cm) : _____ / _____

Molimo Vas da pažljivo ispunite ovaj prijeoperacijski upitnik. Ukoliko Vam neke točke iz ovog upitnika nisu jasne, molimo Vas da se prije odgovora posavjetujete s anesteziologom.

Jeste li ikada bili podvrgnuti operativnom zahvatu u općoj anesteziji?	DA	NE
Ako jeste, zbog čega i kada?		
Je li došlo do komplikacija	DA	NE
Ako je, kakvih?		
Je li Vam netko od krvnih srodnika umro ili imao veće komplikacije tijekom operativnog zahvata	DA	NE
Jeste li bolovali ili bolujete od zaraznih bolesti: TBC, česte upale pluća, upale mozga ili moždanih ovojnica, žutice (hepatitis B ili C), reumatske groznice, AIDS (ako da, podcrtajte koja bolest)?	DA	NE
Jeste li do sada liječeni u bolnici?	DA	NE
Zbog čega i kada?		
Imate li neke od ovih znakova: Nedostatak zraka u mirovanju, nedostatak zraka u blažem naporu, bol iza prsne kosti, stezanje u grudnom košu, učestalo mokrenje noću, otečene noge, učestali kašalj, omaglice i nesvjestice, nekontrolirane trzaje tijela, krvarenja koja teško prestaju, veliki gubitak težine u zadnje vrijeme, česte glavobolje (ako da, podcrtajte te znakove)?		
Imate li povišeni krvni tlak?	DA	NE
Bolujete li od bolesti srca i krvotoka?	DA	NE
Bolujete li od plućnih bolesti?	DA	NE
Jeste li imali moždani udar?	DA	NE
Jeste li Vi ili netko od krvnih srodnika bili liječeni zbog mišićne slabosti?	DA	NE
Imate li šećernu bolest?	DA	NE
Imate li povišeni očni tlak?	DA	NE
Imate li još koju bolest od koje se liječite u svojoj ambulanti?	DA	NE
Koje?		
Koje lijekove trošite i u kojoj dozi?		
Jeste li alergični? Na što?		
Jeste li primali transfuziju krvi?	DA	NE
Jeste li u zadnjih godinu dana primali kortikosteroidnu terapiju?	DA	NE
Pijete li alkohol? Koliko?		
Pušite li? Koliko?		
Nosite li zubnu protezu?	DA	NE

Našice, dana _____. Potpis pacijenta ili skrbnika _____