

KONSULTACJA ANESTEZJOLOGICZNA

(wypełnia pacjent)

Pacjent:.....

Wiek:.....

1.Leczenie Nie

2.Operacje Nie

3.Powikłania po znieczuleniu:

Pacjent:Nie

Krewni: Nie

4.Choroby mięśni

Pacjent: Nie

Krewni: Nie

5.Nadciśnienie tętnicze Tak Nie

RR.....

6.Choroby serca Nie

7.Choroby płuc i oskrzeli Nie

8.Choroby wątroby Nie

9.Choroby nerek Nie

10.Cukrzyca Tak Nie

11.Żylaki kończyn dolnych Tak Nie

12.Choroby układu nerwowego Nie

13.Choroby psychiczne Nie

14.Uczulenia Nie

15.Inne choroby, urazy Nie

16.Papierosy Tak Nie

17.Badania – uwagi

ASA.....

Pacjenta zakwalifikowano do znieczulenia

.....
Podpis anestezjologa