Műtét előtti kivizsgálás kérdőív

Név:.....
Szül.:.....
TAJ:.....
Telefonszám (mobil):.....
Legközelebbi hozzátartozó és telefonszáma (mobil):.....

Kedves műtétre váró Hölgyem/Uram!

A műtéti előkészület meghatározó része az állapotfelmérés és a részletes kórtörténet.
Kérjük a teljes dokumentumot figyelmesen elolvasni és soronként kitölteni, majd az aneszteziológiai ambuláns rendelésen bemutatni!

TESTMÉRETEK		
...	cm	Testmagasság
...	kg	Testtömeg
...	kg	Testtömegváltozás az utóbbi félévben

FIZIKAI TERHELHETŐSÉG (a legjellemzőbb jelölése)	
	Sportol/fizikai munkát végez
	Átlagos terhelhetőség /lépcsőzik
	Önellátó
	Segítségre szorul

ÉLETMÓD		
Igen	Nem	Dohányzás
Igen	Nem	Alkoholfogyasztás
Igen	Nem	Egyéb élvezeti szer

ELTÁVOLÍTHATÓ/BEÜLTETETT SEGÉDESZKÖZ		
Igen	Nem	Fogászati protézis/híd/implantátum
Igen	Nem	Szemüveg/kontaktlencse
Igen	Nem	Hallókészülék
Igen	Nem	Pacemaker/ICD készülék/műbillentyű
Igen	Nem	Egyéb

TÜNETEK		
Igen	Nem	Nehézlégzés/fulladás/köhögés
Igen	Nem	Szívdobogásérzés
Igen	Nem	Mellkasi fájdalom
Igen	Nem	Gyomorégés
Igen	Nem	Ájulás, eszméletvesztés
Igen	Nem	Szédülés
Igen	Nem	Végtagi zsibbadás/gyengeség
Igen	Nem	Visszatérő fájdalom (hol?):

VÉRZÉKENYSÉG		
Igen	Nem	Vérzés miatt orvosi kezelés (pl. orrvérzés)
Igen	Nem	Vérömlenyek >2cm kis erőbehatásra
Igen	Nem	Foghúzás után vérzés miatt orvosi kezelés
Igen	Nem	Műtét alatt, után jelentős vérzés
Igen	Nem	Családtag (vérrokon) vérzékeny
Igen	Nem	Elhúzódó/erős menstruáció miatt kezelés
Igen	Nem	Szüléskor/gyermekágyban jelentős vérzés

GYÓGYSZERALLERGIA

Korábbi műtétek

DÁTUM (ÉV)	MŰTÉTTÍPUS	ALTATÁS/ÉRZÉSTELENÍTÉS	SZÖVŐDMÉNY (HA VOLT)

Ismert betegségei

Kérjük, *minden sorban* válasszon az igen/nem lehetőségek közül! Igennel jelölje azokat a diagnózisokat illetve körülményeket, amelyek Önnél már felismerésre kerültek! Ehhez segítséget adhat háziorvosa/kezelőorvosa, valamint korábbi orvosi dokumentációja.

Amennyiben bármilyen betegség/állapot miatt gyógyszeres kezelés illetve rendszeres gondozás alatt áll (vagy korábban állt), az orvosi dokumentációt az aneszteziológiai rendelésen kérjük bemutatni! Friss (legfeljebb féléven belüli) írásos szakvélemény szükséges.

LÉGZŐSZERVI BETEGSÉG		
Igen	Nem	Alvási apnoe/CPAP gép
Igen	Nem	Asztma
Igen	Nem	Krónikus hörghurut/COPD
Igen	Nem	Egyéb

SZÍVBETEGSÉG/KERINGÉSI BETEGSÉG		
Igen	Nem	Szívinfarktus
Igen	Nem	Szívritmuszavar
Igen	Nem	Pacemaker/ICD készülék
Igen	Nem	Szívbillentyű-betegség/műbillentyű
Igen	Nem	Szívelégtelenség
Igen	Nem	Magas vérnyomás/hipertónia
Igen	Nem	Érszűkület

IDEGRENDSZERI BETEGSÉG		
Igen	Nem	Epilepszia
Igen	Nem	Migrén/egyéb fejfájás
Igen	Nem	Stroke/TIA/agyi érbetegség
Igen	Nem	Parkinson-kór
Igen	Nem	Szklerózis multiplex
Igen	Nem	Depresszió
Igen	Nem	Egyéb

ÉRZÉKSZERVI BETEGSÉG		
Igen	Nem	Látászavar
Igen	Nem	Hallászavar

GYOMOR-BÉLRENDSZERI BETEGSÉG		
Igen	Nem	Refluxbetegség/hiatus hernia
Igen	Nem	Fekélybetegség
Igen	Nem	Gyulladásos bélbetegség
Igen	Nem	Egyéb

ENDOKRIN BETEGSÉG		
Igen	Nem	Diabétesz (cukorbetegség)
Igen	Nem	Pajzsmirigybetegség
Igen	Nem	Egyéb

VESEBETEGSÉG		
Igen	Nem	Veseelégtelenség
Igen	Nem	Egyéb

MÁJBETEGSÉG		
Igen	Nem	Vírushepatitisz
igen	Nem	Sárgaság/májcirrózis
Igen	Nem	Egyéb

VÉRALVADÁSI ZAVAR (ISMERT)		
Igen	Nem	Véralvadásgátló gyógyszer szedése
Igen	Nem	Mélyvénás trombózis/tüdőembólia
Igen	Nem	Örökletes vérzékenység (pl. hemofília)
Igen	Nem	Egyéb vérzékenység
Igen	Nem	Egyéb véralvadási zavar

Igen	Nem	**VÉRSZEGÉNYSÉG, OKA:**

IMMUNRENDSZERT ÉRINTŐ BETEGSÉG		
Igen	Nem	Felső légúti hurut az elmúlt 2 hétben
Igen	Nem	Egyéb fertőzéses állapot/láz
Igen	Nem	Autoimmun betegség
Igen	Nem	Transzplantáció
Igen	Nem	Szteroid szedése az elmúlt évben
Igen	Nem	Egyéb

MOZGÁSSZERVI BETEGSÉG		
Igen	Nem	Rheumatoid arthritis
Igen	Nem	Spina bifida
Igen	Nem	Bechterew-kór/spondylitis ankylopoietica
Igen	Nem	Myasthenia gravis

Igen	Nem	**ROSSZINDULATÚ DAGANATOS BETEGSÉG**
Igen	Nem	**JÓINDULATÚ DAGANATOS BETEGSÉG**
Igen	Nem	Sugárterápia/kemoterápia/műtét

EGYÉB BETEGSÉG		
Igen	Nem	

Rendszeresen szedett gyógyszerei

Kérjük, az összes jelenleg szedett gyógyszerét sorolja fel dózissal és adagolással együtt a következő táblázatban!

GYÓGYSZER NEVE	mg	R	D	E

GYÓGYSZER NEVE	mg	R	D	E

A fentieket végigolvastam, a valóságnak megfelelően sajátkezűleg töltöttem ki, amiért felelősséget vállalok:

.....
aláírás

.....
név (olvashatóan)

Kelt.:.....

Jelen dokumentum pontos kitöltése során nyert információk az Ön biztonságának alapját képezik, ezért a tervezett műtét előfeltétele. Kiemelt jelentőségű továbbá korábbi zárójelentéseinek, betegség miatti rendszeres gondozás esetén friss szakorvosi vélemény bemutatása. Ezek hiánya, továbbá ambulanciánkon megjelenéséig nem felismert vagy elhanyagolt betegségei a műtéti kockázatot olyan mértékben fokozhatják, hogy a műtét halasztására kényszerülhetünk. Kérjük ezek figyelembe vételét!

Kérdés esetén a **+36 1 2997700/2491 mellék** telefonszámon hétköznap 8:00-14:00-ig,
valamint az alábbi emailcímen: **anesztambulancia@baleseti.hu**
állunk rendelkezésére.

Az Aneszteziológiai Ambulancia dolgozói