



PREDOPERATIVNI VPRAŠALNIK ZA ANESTEZIJO

Spoštovani!

V želji, da bi bilo vaše zdravljenje (ali zdravljenje vašega otroka) v bolnišnici čim krajše, operacija v anesteziji pa varna in uspešna, vas prosimo, da čitljivo izpolnite naslednji vprašalnik.

V spodnjem vprašalniku vpišite navedene podatke oziroma prekrižajte DA ali NE:

Telesna teža: _____ kg	Telesna višina: _____ cm
Ste že bili kdaj operirani? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Zakaj? _____	
Ste imeli v zvezi z anestezijo (narkozo) kakšne težave? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Katere? _____	
Ali ste kdaj dobili transfuzijo? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Ali redno jemljete kakšna zdravila? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Katera? _____	
Ali jemljete zdravila za redčenje krvi? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Katera? _____	
Jemljete zdravila proti zanositvi? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Alergije: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Na: _____	

Se trenutno zdravite ali ste se v preteklosti zdravili zaradi:

težav s srcem: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	obolenja jeter: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	obolenja kosti in sklepov: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
krvnega pritiska: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	sladkorne bolezni: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	krvnega obolenja: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
bolezni pljuč: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	obolenja ščitnice: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	rakastega obolenja: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
obolenja ledvic: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	hormonskih motenj: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	psihiatričnih motenj: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
težav z želodcem: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	obolenja živčevja: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	bolezni oči: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
bolezni črevesja: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	mišičnega obolenja: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	obolenja sluha: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
		zobovja: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE

Motnje strjevanja krvi:

Modrice s strdkli <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Težke menstruacije <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Daljše krvavitve sluznice med zobozdravstvenim posegom <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
Pogoste in daljše krvavitve iz nosu <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Daljše krvavitve po poškodbi, operaciji ali porodu <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	

Razvade:

Ali kadite? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Ali uživate alkohol? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Ali uživate psihoaktivne snovi (mamila) <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
---	--	---

Ali je še kaj v zvezi z vašim zdravjem, kar bi nam želeli povedati?

S podpisom potrjujem resničnost odgovorov.

Ime in priimek starša ali skrbnika: _____

Datum in ura: _____

Podpis pacienta oz. starša ali skrbnika _____