

АНКЕТНЫЙ ЛИСТ ПАЦИЕНТА ПЕРЕД АНЕСТЕЗИЕЙ (СЕДАЦИЕЙ)

Дата _____ 2023 год

ФИО пациента _____

1	Болеете ли вы в данное время ОРЗ, гриппом, герпесом?	Да	Нет
2	Были ли у Вас аллергические реакции на лекарства, продукты, пыльцу растений?	Да	Нет
3	К каким лекарствам у Вас непереносимость/аллергия?		
4	Страдаете ли Вы бронхиальной астмой, астматическим бронхитом?	Да	Нет
5	Бывает ли у Вас повышение артериального давления(гипертония)?	Да	Нет
6	Случались ли у Вас ранее нарушение мозгового кровообращения, инсульты?	Да	Нет
7	Бывают ли у Вас обмороки, пониженное артериальное давление?	Да	Нет
8	Наблюдаетесь ли Вы у терапевта/кардиолога по поводу ишемической болезни сердца, стенокардии, аритмии, сердечной недостаточности, инфаркта миокарда?	Да	Нет
9	Имеются ли у Вас врожденные или приобретенные пороки сердца?	Да	Нет
10	Бывают ли у Вас длительные кровотечения, нарушение свертываемости крови?	Да	Нет
11	Имеются ли у Вас заболевания щитовидной железы?	Да	Нет
12	Наблюдается ли у Вас повышение уровня сахара(глюкозы) в крови?	Да	Нет
13	Больны ли Вы ревматизмом, ревматоидным артритом?	Да	Нет
14	Был ли у Вас гепатит или другие заболевания печени, пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы, кишечника?	Да	Нет
15	Страдаете ли вы хроническими заболеваниями почек?	Да	Нет
16	Больны ли Вы глаукомой?	Да	Нет
17	Страдаете ли Вы эпилепсией?	Да	Нет
18	Имеются ли у Вас съемные зубные протезы, шатающиеся зубы?	Да	Нет
19	Подвергались ли вы действию радиации или токсических веществ?	Да	Нет
20	Лечились ли вы когда-нибудь гормональными препаратами?	Да	Нет
21	Принимаете ли Вы в настоящее время какие-либо медикаменты?	Да	Нет
22	Если ДА, то какие?		
23	Укажите перенесенные Вами операции и наркозы:		
24	Укажите Ваши хронические заболевания:		
25	Наблюдались ли у Вас или у ваших ближайших родственников осложнения во время или после анестезии (наркоза)?	Да	Нет
26	Употребляли ли Вы пищу за последние 8 часа до седации (анестезии)?	Да	Нет
27	Употребляли ли Вы жидкость(воду) за последние 4 часа до седации(анестезии)?	Да	Нет
28	Для женщин : Наличие беременности или кормление грудью в настоящее время?	Да	Нет

На вопросы ответил(а) лично _____ /подпись пациента/
 Медсестра _____ /подпись медсестры/