

# DOROŚLI

## ZGODA NA SEDACJE/NARKOZĘ

Lekarz anestezjolog przeprowadził ze mną dzisiaj rozmowę wyjaśniającą postępowanie. Zrozumiałem(am) wyjaśnienia i zadałem(am) wszystkie interesujące mnie pytania w szczególności dotyczące rodzaju postępowania, jego zalet i wad, oraz możliwości powikłań.

**NIE MAM ŻADNYCH DALSZYCH PYTAŃ. ZGADZAM SIĘ, ABY PLANOWANY ZABIEG ZOSTAŁ PRZEPROWADZONY W SEDACJI/NARKOZIE.**

Zgadzam się również na uzasadnione medycznie postępowanie towarzyszące (np. przetoczenie płynów, krwi, dodatkowe wklucie dożylnie).

Zgłaszam następujące ograniczenia towarzyszące postępowania medycznego:

.....  
.....

.....  
(podpis pacjenta)

.....  
Data podpis lekarza

## OŚWIADCZENIE

**NIC NIE JADŁEM I NIE PIŁEM OD 6 GODZIN.  
MAM ZAPEWNIONY TRANSPORT DO DOMU Z DOROŚłą OSOBą TOWARZYSZĄCĄ.**

.....  
Data podpis pacjenta

# DOROŚLI

Warszawa, ul. Słomińskiego 19/503  
Tel. 022 406 54 22, 0692 988 098

.....  
Imię i Nazwisko data urodzenia

.....  
Adres

.....  
Telefon pesel

**PROSZĘ O ZAKREŚLENIE WŁAŚCIWEJ  
ODPOWIEDZI, WPISANIE INFORMACJI  
DUŻYMI LITERAMI LUB ODPOWIEDNIE  
PODKREŚLENIE.**

Waga

- Jaki wykonuje Pani/Pan zawód?

- Czy znajdował(a) się Pani/Pan ostatnio pod opieką lekarską z powodu przewlekłej choroby?

TAK NIE

- Czy jest Pani w ciąży?

TAK NIE

Proszę podać datę ostatniej miesiączki: .....

- Czy przyjmuje Pan/Pani stale jakieś lekarstwo?

TAK NIE

Jakie?.....

.....  
\* czy brał(a) Pan/Pani w ciągu ostatnich 10 dni leki przeciw grypowe, przeciwbólowe, obniżające krzepliwość, przeciwreumatyczne?

TAK NIE  
Jakie?.....

.....  
\* Jakie operacje przebył(a) Pan/Pani Dotychczas (przykłady: "woreczek 1974", zabieg ginekologiczny 1985")

.....  
\* czy w związku z zabiegiem wydarzyło się coś szczególnego?

TAK NIE

Co?

.....  
.....  
.....

- czy krewni Pani/Pana mieli jakieś powikłania związane ze znieczuleniem?

TAK NIE

- czy jest Pani/Panu wiadomo że, chorował(a) lub choruje Pan/Pani na którąś podanych poniżej chorób:

- choroby mięśni, wiotkość mięśni?

TAK NIE

- czy choroby mięśni, wiotkość mięśni występowały lub występują u krewnych?

TAK NIE

- Choroby serca (np. zawał serca, choroba wieńcowa, wada serca, zapalenie mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu serca, inne)?

TAK NIE

- Czy choruje Pani/Pan na nadciśnienie tętnicze?

TAK NIE

- Choroby płuc i dróg oddechowych (np. gruźlica, pylica, zapalenie płuc, rozedma, astma oskrzelowa, inne)?

TAK NIE

- Choroby wątroby (np. żółtaczkę, marskość, inne)?

TAK NIE

- Czy ma Pani/Pan żylaki kończyn dolnych (nóg)?

TAK NIE

- Choroby nerek (np. zapalenie, kamica, inne)?

TAK NIE

- Zaburzenia przemiany materii np. cukrzyca?

TAK NIE

- Choroby tarczycy (np. niedoczynność, nadczynność, powiększenie tarczycy, inne)?

TAK NIE

- Choroby oczu (np. jaskła, zaćma, inne)?

TAK NIE

- Choroby układu nerwowego (np. padaczka, niedowład, inne)?

TAK NIE

- Czy był(a) Pan/Pani leczony(a) z powodu chorób psychicznych (np. nerwicy, depresji, inne)?

TAK NIE

- Choroby układu kostnego (kręgosłupa, stawów, inne)?

TAK NIE

- Czy choruje Pani/Pan na owrzodzenie żołądka lub dwunastnicy?

TAK NIE

- Choroby krwi lub zaburzenia krzepnięcia krwi (np. skłonność do powstawania krwawiaków, krwawienia z nosa, inne)?

TAK NIE

- Uczulenia (katar sienny, wysypki, nadwrażliwość na żywność, leki, plaster)?

TAK NIE

Jaką?.....

.....

- Czy ma Pani/Pan protezy zębowe (np. koronki, mosty, wymiowane protezy, inne)?

TAK NIE

- Czy ma Pani/Pan ruszające się zęby?

TAK NIE

- Czy pali Pani/Pan regularnie?

TAK NIE

- Czy jest Pani/Pan przyzwyczajony do jakichś leków?

TAK NIE

- Czy Pani/Pan źle słyszy?

TAK NIE

- Inne uwagi (np. wypadki)?

TAK NIE

.....

.....

.....