

# ANKIETA PRZEDOPERACYJNA

Dokument objęty tajemnicą lekarską. Należy oddać lekarzowi do rąk własnych.

<b>IMIĘ I NAZWISKO:</b>		<b>DATA URODZENIA:</b>	
<b>ADRES ZAMIESZKANA:</b>			
<b>NUMER TELEFONU:</b>			
<b>KONSULTANT:</b>		<b>DATA:</b>	

<b>POPRAZEC WSTAWIENIE ZNAKU X PRZY WŁAŚCIWEJ ODPOWIEDZI PROSZĘ POINFORMOWAĆ NAS O:</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Implantach w miejscach poddawanych leczeniu:		
Zapaleniu skóry w miejscu poddawanym leczeniu:		
Chorobach skóry w miejscu poddawanym leczeniu:		
Nieuregulowanej cukrzycy:		
Stosowaniu leków immunosupresyjnych:		
Niewydolności nerek:		
Dializoterapii:		
Przyjmowaniu chemioterapii:		
Aktywnym procesie nowotworowym:		
Terapii antykoagulantami:		
Zaburzeniach dotyczących płytek krwi:		
Hemofilii:		
Chorobie von Willebranda:		
Zaburzeniach krzepnięcia:		
Chorobach płuc:		
Retencji CO <sub>2</sub> :		
Bezdechu śródśennym:		

Sercu płucnym		
Wrodzonej wadzie serca:		
Zastoinowej niewydolności serca:		
Chorobach zakłócających prawidłowe działanie tarczycy:		
Przyjmowaniu obecnie i w przeszłości leków przeciwnowotworowych:		
Alergii (astmie, uczuleniu na leki, na produkty spożywcze, na kosmetyki, na nukleotydy, lateks, itd.):		
Chorobach autoimmunologicznych:		
Ostrych zakażeniach wirusowych (HCV HBS HIV):		
Chorobach układowych (sklerodermii, immunologicznych chorobach naczyń):		
Chorobach krwi (białaczce, trombocytopenii):		
Sepsie:		
Zespole wątrobowo-nerkowym oraz przewlekłych chorobach wątroby:		
Kolagenowych chorobach naczyń:		
Ciąży i karmieniu piersią:		
Chorobach wywołanych przez streptokoki (angina, reumatoidalne, ostre zapalenie stawów):		

Czy występują u Pana/Pani inny/inne stan/y medyczne nie wymienione powyżej?
Czy przyjmuje Pan/Pani jakiegokolwiek leki? Jeśli tak, proszę wymienić:
Czy obecnie jest Pan/Pani pod opieką lekarza? (TAK/NIE)

Podpis pacjenta .....

data.....