Karta oceny anestezjologicznej pacjenta przed badaniem endoskopowym

Nazwisko i imię pacjenta.....

Nr.tel......

Wiek..... Wzrost..... Waga.....

Badanie : **GASTROSKOPIA, KOLONOSKOPIA ***

Tryb zabiegu planowany. **Termin**:.....

ASA:.....

Dolegliwości: .....

.....

.....

Przyjmowane leki: .....

.....

.....

Infekcja w ciągu ostatnich 3 tygodni: TAK/NIE

Choroby przewlekłe:

Układ krążenia:

Nadciśnienie tętnicze: TAK/NIE.....

Choroba wieńcowa:TAK/NIE .....

Zaburzenia rytmu serca: TAK/NIE.....

Układ oddechowy:

POCHP: TAK/NIE.....

Astma: TAK/NIE.....

Endokrynologia:

Cukrzyca: TAK/NIE.....

Choroby tarczycy:TAK/NIE.....

Choroby wątroby: TAK/NIE.....

Choroby nerek: TAK/NIE .....

Uczulenia: TAK/NIE.....

Operacje:TAK/NIE

.....

.....

.....

Inne:

.....

.....

.....

.....

WYRAŻAM ZGODĘ NA ZNIECZULENIE:

.....	.....	.....
(Podpis Pacjenta)	(Anestezjolog)	(Pielęgniarka)

* niepotrzebne skreślić