



EUROPEAN MEDICAL CENTER

ФИО консультирующего анестезиолога :.....

ФИО пациент :

Дата консультации:..... подпись:

Уважаемый пациент,

В ближайшее время Вам предстоит госпитализация в «Европейском Медицинском Центре» по поводу хирургического вмешательства

Для того, чтобы наши анестезиологи могли лучше Вас узнать, перед консультацией необходимо тщательно заполнить настоящий опросник, помечая галочкой правильный ответ. Данные опросника строго конфиденциальны. Если при его заполнении у Вас возникли вопросы, не стесняйтесь обратиться за помощью к лечащему врачу или его ассистенту.

ФИО
Семейное положение род занятий
Вес рост возраст пол
Лечащий врач
Предстоящее хирургическое вмешательство
Хирург/консультирующий специалист

НА ПОЛЯХ МОЖНО ВНОСИТЬ
КОММЕНТАРИИ.

- Есть ли у Вас зубные протезы? ДА НЕТ
- Имеются ли у Вас плохо зафиксированные зубы? ДА НЕТ
- Есть ли у Вас аллергии:
 - напр. : экзема, крапивница, сенной насморк, отеки (нужное подчеркнуть)
 - на медикаменты? ДА НЕТ
 - пищевые? ДА НЕТ
 - другие (уточнить)?
 - есть ли аллергии у близких родственников? ДА НЕТ
 - если да, то какие
 - были ли у Вас аллергические реакции во время анестезии ДА НЕТ
 - если да, то какие.....
- Делали ли Вам ранее общую анестезию? ДА НЕТ
- Нормально ли Вы просыпались после анестезии? ДА НЕТ
- Были ли у Вас осложнения, напр. флебит, эмболия или кровотечение? ДА НЕТ
- Говорил ли Ваш анестезиолог о каких-либо особенностях во время проведенной анестезии? ДА НЕТ
- Терпели ли Вы местную анестезию (напр.: при лечении зубов, носа, пальцев)? ДА НЕТ
 - были ли при этом особенности, какие?
- Известны ли Вам случаи каких-либо происшествий во время анестезии в Вашей семье? ДА НЕТ
- Были ли у Вас флебиты или парафлебиты? ДА НЕТ
- Была ли у Вас тромбоэмболия легочной артерии? ДА НЕТ
 - если да, при каких обстоятельствах.....
- Известны ли Вам случаи флебитов или тромбоэмболии легочной артерии в семье? ДА НЕТ
- Курите ли Вы ? ДА НЕТ
 - если да, то как долго ? сколько сигарет/день
- Алкоголь : потребление/день, какой вид напитка?
- Есть ли у Вас заболевания печени? ДА НЕТ
 - если да, то какие.....
- Имеются ли у Вас заболевания желудочно-кишечного тракта? ДА НЕТ
 - если да, то какие
- Были ли у Вас неврологические или нервно-моторные нарушения? ДА НЕТ
 - если да, то какие: (напр.: воспаление седалищного нерва, параличи)
- Использовали ли Вы глазные капли (напр.: от глаукомы)? ДА НЕТ
 - имелись ли другие поражения глаз? ДА НЕТ
- Носите ли Вы:
 - контактные линзы? ДА НЕТ
 - слуховой протез? ДА НЕТ

- Страдали ли Вы заболеваниями почек, простаты? ДА НЕТ
 - если да, подчеркните и уточните
 - почечной недостаточностью (напр.: подагра) ДА НЕТ
 - инфекции мочевыводящих путей ДА НЕТ
- Страдаете ли Вы заболеваниями щитовидной железы? ДА НЕТ
- Женщинам :
 - кол-во детей:
 - выкидыши, количество: ДА НЕТ
 - страдали ли гипертонией беременных? ДА НЕТ
 - принимаете ли Вы оральные контрацептивы? ДА НЕТ
 - стоит ли у Вас внутриматочная спираль? ДА НЕТ
 - беременны ли Вы? ДА НЕТ

• Какие хирургические вмешательства Вам уже пришлось перенести?

- Были ли Вы ранее госпитализированы? ДА НЕТ
 - если да, почему?
 -
 -

- Наблюдаетесь ли Вы по поводу:
 - диабета? ДА НЕТ
 - глаукомы? ДА НЕТ
 - повышенного артериального давления? ДА НЕТ
 - других заболеваний:
- Принимали ли Вы какие-либо медикаменты последние 2 недели?
 - принимаете ли Вы какие-либо препараты постоянно (напр.: такие антикоагулянты как: СИНТРОМ, АСТИРИН, ТПЛАВИКС),.....
 - восстановите рецепт, выписанный к Вашему настоящему лечению:

Название препарата:				
УТРО				
ДЕНЬ				
ВЕЧЕР				

- Страдаете ли Вы психологическими или психиатрическими расстройствами? ДА НЕТ
 - если да, то какими
- Страдаете ли Вы мигренями? ДА НЕТ
- Страдаете ли Вы приступами тетании или спазмофилии? ДА НЕТ
 - если да, уточните
- Принимаете ли Вы антиконвульсивные средства (при приступах эпилепсии)? ДА НЕТ
- Бывает ли у Вас внезапная потеря сознания? ДА НЕТ
 - если да, уточните
- Были ли у Вас переливания крови? Дата ДА НЕТ
 - Были ли при этом осложнения? ДА НЕТ
- Имеются ли у Вас аномалии свертываемости крови?
 - напр.: антитромбин 3, протеин С, протеин S... ДА НЕТ
- Страдаете ли Вы заболеваниями крови (напр.: анемией), или кровотечениями? ДА НЕТ
 - напр.: у Вас легко появляются синяки, имеется тенденция к носовым кровотечениям,
 - если да, уточните
- Консультировались ли Вы недавно у кардиолога? ДА НЕТ
- Наблюдаетесь ли Вы по поводу:
 - артериальной гипертонии ? ДА НЕТ
 - артерита ? ДА НЕТ
 - если да, как долго?

- Страдаете/страдали ли Вы стенокардией ? ДА НЕТ
 - инфаркт миокарда ? ДА НЕТ
 - если да, подчеркните и отметьте дату
- Был ли у Вас отек легкого? ДА НЕТ
 - и / или развитие сердечной недостаточности? ДА НЕТ
 - если да, подчеркните и отметьте дату
- Являетесь ли Вы носителем аномалий строения сердечных клапанов? ДА НЕТ
 - если да, уточните вид аномалии и предположительную перенесенную операцию:

- Были ли у Вас ранее проблемы с сердечным ритмом (напр.: сердцебиение) ? ДА НЕТ
 - если да, подчеркните и отметьте дату
- Стоит ли у Вас кардиостимулятор (или водитель ритма)? ДА НЕТ
 - если да, как давно?
- Наблюдаетесь ли Вы по поводу заболеваний легких? ДА НЕТ
 - если да, как давно:
- Страдаете ли Вы хроническим бронхитом? ДА НЕТ
- Болели ли Вы туберкулезом? ДА НЕТ
 - если да, как давно
- Наблюдаетесь ли Вы по поводу бронхиальной астмы? ДА НЕТ
 - когда был первый приступ:
- дата последнего приступа:
- был ли Вам рекомендован КОРТИЗОН? ДА НЕТ

Прежде чем подвести итог, есть ли у Вас вопросы, которые Вы хотели бы задать врачам-анестезиологам относительно анестезиологических методик, боли, рисков и т.д. или по поводу информации, не затронутой в опроснике?

Какое бы ни было хирургическое вмешательство, перед приходом в клинику обычные гигиенические процедуры должны быть проведены особенно тщательно/накануне мытье головы с шампунем, прием ванны или очень тщательный туалет.

В день операции макияж, лак для ногтей и украшения должны быть сняты.

Приносите любую документацию относительно состояния Вашего здоровья: недавнюю флюорографию (сделанную в течение последнего года), ЭКГ, УЗИ сердца, старые и новые доплеры, анализы крови за последние шесть месяцев, группу крови.

В соответствии с процедурами, практикуемыми на территории Российской Федерации, в Ваших интересах и в интересах наблюдающего Вас персонала, в предоперационные анализы включены тесты на ВИЧ и гепатиты.

Благодарим Вас за сотрудничество и желаем приятного пребывания в ЕМС.

Врачи анестезиологи-реаниматологи ЕМС

Дата

Подпись