

KARTA ANESTEZJOLOGICZNA

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA LAT

RODZAJ OPERACJI

BADANIE PODMIOTOWE

1. CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO ☐ TAK ☐ NIE
astma, zapalenie oskrzeli, rozedma, inne

2. CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA ☐ TAK ☐ NIE
choroba wieńcowa, zawał serca, wady serca,
nadciśnienie, niewydolność krążenia

3. CUKRZYCA ☐ TAK ☐ NIE

4. CHOROBY NEREK I/LUB WĄTROBY ☐ TAK ☐ NIE

5. CHOROBY TARCZYCY ☐ TAK ☐ NIE
nadczynność, niedoczynność

6. INNE POWAŻNE, PRZEWLEKŁE SCHORZENIA ☐ TAK ☐ NIE

.....
.....

7. PRZYJMOWANE LEKI

..... w dawce
..... w dawce
..... w dawce
..... w dawce

8. ALERGIE ☐ TAK ☐ NIE

na

manifestujące się

.....

9. UWAGI

.....

.....

BADANIA WYMAGANE DO OPERACJI:

- ☐ GRUPA KRWI
- ☐ MORFOLOGIA
- ☐ JONOGRAM
- ☐ CUKIER
- ☐ MOCZNIK
- ☐ MOCZ - BADANIE OGÓLNE
- ☐ EKG
- ☐ RTG KLATKI PIERSIOWEJ
- ☐ INNE

BADANIA PRZEDMIOTOWE

STAN OGÓLNY

UKŁAD ODDECHOWY

UKŁAD KRAŻENIA

CIŚNIENIE TĘTNICZE

ODCHYLENIA W BADANIU PRZEDMIOTOWYM

UWAGI

ZGODA NA ZABIEG OPERACYJNY (RODZAJ ZABIEGU)

WYRAŻAM TAKŻE ZGODĘ NA WSZELKIE PROCEDURY ANESTEZJOLOGICZNE,
JAKIE MOGĄ OKAZAĆ SIĘ KONIECZNE W PROCESIE MOJEGO LECZENIA.

PODPIS PACJENTA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO

DATA I PODPIS LEKARZA ANESTEZJOLOGA