

Intézmény neve, címe, érzéstelenítést végző osztály neve, osztályvezető neve

## ALTATÁSRA, REGIONÁLIS ÉS HELYI ÉRZÉSTELÉNÍTÉSRE VONATKOZÓ KÉRDŐÍV

**Tisztelt Betegünk!**

**Kérjük, figyelmesen töltsse ki a mellékelt kérdőívet!**

- Mint minden orvosi beavatkozásnál, az érzéstelenítés által okozott megterhelés és az azzal kapcsolatos kockázat is minden esetben más. Különösen a betegség fajtája és súlyossága, valamint a kísérő betegségek, az általános állapot, az életkor és az Ön életszokásai befolyásolják azt.
- A kérdések a kockázatok felderítésére szolgálnak a lehető legnagyobb biztonság elérése érdekében.
- Szíveskedjék az „egyéb említésre méltók” rovatban olyan körülményekre rámutatni, amelyek Önnek lényegesnek tűnnek, de nem kérdeztünk rá.
- Kérjük, szóljon a nővéreknek, ápolóknak vagy az altatóorvosnak, ha a kérdések megválaszolásához segítségre van szüksége.

### KÉRDŐÍV

**Beteg neve:** .....

Születési ideje: .....év .....hónap .....nap

Magassága: .....cm, testsúlya:.....kg

Foglalkozása:.....

Állt-e az utóbbi időben orvosi kezelés alatt?

igen          nem

Milyen megbetegedések miatt?.....

.....

A tervezett beavatkozás típusa: .....,

az arra vonatkozó felvilágosítást megkaptam.

igen          nem

Jelenleg terhes-e?

igen          nem

Vannak-e megszokott gyógyszerei?

igen          nem

Kórházba utalása előtt szedett-e gyógyszert?

igen          nem

Melyeket? Említse meg a következőket is: fájdalomcsillapító, altató, nyugtató, hashajtó, ovulációgátló, fogamzásgátló!

.....

.....

Előfordult-e valami említésre méltó korábbi műtét során altatással, regionális vagy helyi érzéstelenítéssel kapcsolatban?

igen          nem

Mi volt ez? .....

Előfordult-e valami említésre méltó vérrokonainál érzéstelenítéssel kapcsolatban (például: gyógyszer-túlérzékenység, újraélesztés)?

igen          nem



Kapott-e már valaha vérátömlesztést?	igen	nem
Adódott-e ennél komplikáció?	igen	nem
Izombetegségek és izomgyengeség (izomsorvadás, myasthenia)?	igen	nem
Szívizomzat megbetegedése (pl. gyulladás, megvastagodás, tágulat)?	igen	nem
Szívkoszorúér megbetegedése (szűkület, korábbi tágítás, stent behelyezése)?	igen	nem
Okoz-e panaszt?	igen	nem
Szívelégtelenség, abból származó tüdővizenyő?	igen	nem
Szívbillentyű megbetegedése (meszesedés, korábbi műbillentyű, mitralis prolapsus)?	igen	nem
Szívrítmuszavar (pl. korábbi pacemakerbeültetés)?	igen	nem
Milyen típusú: .....		
Magas vérnyomás?	igen	nem
Tüdő- és légúti megbetegedések (pl. tbc, portüdő, tüdőgyulladás, tüdőfelfúvódás, asztma, krónikus bronchitis)?	igen	nem
Jelenleg hurutos-e?	igen	nem
Májbetegségek, epepanaszok?	igen	nem
Gyomorfekély vagy gyomorvérzés?	igen	nem
Vesebetegségek?	igen	nem
Anyagcsere-betegségek (pl. cukorbetegség?)	igen	nem
Ha igen: inzulinfüggő, vagy gyógyszerre beállított, vagy elég diétázni?		
Pajzsmirigybetegségek (pl. golyva)?	igen	nem
Szembetegségek (pl. zöldhályog-, szürkehályog-műtét)?	igen	nem
Idegi bántalmak (pl. epilepszia, bénulások)?	igen	nem
Eszméletvesztés?	igen	nem
Állt-e kezelés alatt kedélybetegség miatt (pl. depresszió, pszichiátriai megbetegedés)?	igen	nem
A vázrendszer megbetegedései (pl. ízületi bántalmak, gerincoszlop-károsodás)?	igen	nem
Van-e visszere ssége, volt-e mélyvénás trombó zisa?	igen	nem
A vér megbetegedései vagy véralvadási zavarok (hajlam vérzésre, orrvérzésre)?	igen	nem

Allergiák, gyógyszer-túlérzékenység (pl. szénanátha, túlérzékenység bizonyos táplálékkal, gyógyszerrel, ragtapasszal szemben)? igen      nem  
 Melyek ezek? .....

Szenved-e valamilyen más, meg nem említett betegségben? igen      nem  
 Melyekben? .....

Van-e fogpótlása? igen      nem  
 Vannak-e meglazult fogai? igen      nem

**A fogak állapota (orvos tölti ki):**

4 3 2 1 1 2 3 4  
 4 3 2 1 1 2 3 4

x = hiányzó fog    s = szanált fog    0 = meglazult fog  
 ns = nem szanált fogsor    p = protézis

Dohányzik? igen      nem

Fogyaszt-e rendszeresen alkoholt? igen      nem

Használ-e hallókészüléket? igen      nem

Egyéb említésre méltó körülmények (pl. baleset, fel nem sorolt megbetegedések):  
 .....  
 .....

Esetleges további kérdéseim az altatóorvoshoz:  
 .....  
 .....

A fenti adatok hitelesek, nem hallgattam el olyan adatot/információt a tájékoztatást végző orvos elől, amely befolyásolhatná az érzéstelenítés kimenetelét.

....., 200 ..... hónap ..... nap

.....  
 a kérdőívet kitöltő beteg, illetve törvényes képviselője  
 vagy a nyilatkozattételre jogosult cselekvőképes személy aláírása

