KBC SPLIT
Klinika za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje
Anesteziološka ambulanta

ANESTEZIJSKI UPITNIK (djeca)

Ime, prezime i godina rođenja: _____

Da se izbjegnu neželjene pojave (komplikacije) tijekom anestezijskog postupka i operacije dijete se mora pripremiti za operaciju. Roditelj mora poštivati upute liječnika i pitati kada ne zna što treba uraditi.

Molimo Vas da iskreno odgovorite na postavljena pitanja jer je to u interesu zdravlja vašega djeteta:

1. Boluje li Vaše dijete ili je preboljelo neku od navedenih bolesti (zaokružiti ili podcrtati):
   a) astma, spastički bronhitis, TBC
   b) padavica, grčevi pri povišenoj temperaturi, meningitis
   c) prirođena ili stečena srčana grješke
   d) bolesti bubrega i mokraćnih putova
   d) šećerna bolest
   e) bolesti jetre (zarazna «žutica», hepatitis B,C)
   f) poremećaj zgrušavanja krvi (hemofilija), druge nasljedne bolesti
   g) duševne bolesti

2. Igra li se normalno sa svojim vršnjacima /radi li tjelesni u školi? DA NE

3. Da li je alergično na lijekove, hranu, pelud, perje, kućnu prašinu DA NE

4. Da li je dijete sada zdravo? Ima li trenutno povišenu temperaturu, prehladu ili kašlje? DA NE

5. Uzima li vaše dijete lijekove? (Ako da navesti koje):

6. Da li je sklono produljenom krvarenju nakon ozljede ili vađenja zuba. DA NE

7. Da li je vaše dijete već primalo opću anesteziju? DA NE

8. Da li je tijekom ili nakon anestezije bilo kakvih poteškoća? DA NE

9. Molimo navedite što je važno a nije spomenuto:

10. Tjelesna masa (težina) vašeg djeteta: Visina djeteta:

U Splitu, _____ Potpis roditelja ili skrbnika:_____

Napomena:Upitnik treba popuniti i priložiti nalazima djeteta.