

KBC Split**Klinika za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje
Anesteziološka ambulanta****ANESTEZIJSKI UPITNIK ZA BOLESNIKE****Ime, prezime i dob:** _____**Ako bolujete od neke bolesti zaokružite DA i navedite dijagnozu:**

Bolesti srca i krvnih žila	NE	DA,	_____
Imate li povišen krvni tlak?	NE	DA,	_____
Imate li šećernu bolest	NE	DA,	_____
Bolesti pluća i dišnih putova	NE	DA,	_____
Bolesti bubrega i mokraćnih putova	NE	DA,	_____
Bolesti jetre	NE	DA,	_____
Bolesti probavnog sustava	NE	DA,	_____
Bolesti štitnjače	NE	DA,	_____
Bolesti očiju	NE	DA,	_____
Bolesti živčanoga sustava	NE	DA,	_____
Duševne bolesti	NE	DA,	_____
Bolesti kostiju, zglobova ili mišića	NE	DA,	_____
Bolesti krvi ili poremećaja zgrušavanja	NE	DA,	_____
Bolujete li od bolesti zuba ili zubnog mesa?	NE	DA,	_____
Bolujete li od nekih drugih bolesti?	NE	DA,	Kojih?:

Odgovorite na slijedeća pitanja:

1. Uzimate li redovito ili povremeno lijekove? DA NE Ako da, koje i koliko:
2. Da li ste alergični na lijekove? DA NE Ako da, na koje:
3. Da li ste alergični na hranu ili bilo što drugo? DA NE Ako da, na što:
4. Imate li klimave zube? DA NE
5. Imate li zubnu protezu? DA NE
6. Da li ste do sada primali transfuziju krvi ili krvnih pripravaka? DA NE
Ako je bilo nekih poteškoća, navedite ih :
7. Datum zadnje menstruacije (žene generativne dobi):
8. Pušite li redovito? DA NE Ako da, kako dzgo? Koliko cigareta dnevno:
9. Pijete li redovito alkoholna pića? DA NE Ako da, što i koliko dnevno:
10. Uzimate li stimulativna sredstva, nešto drugo?
11. Navedite što je još važno:

Podatci o anestezijama (ranijim):

12. D li ste ikad prije bili anestezirani? DA NE
Ako da, koliko puta i kada:
13. Da li su anestezija (e) protekla u redu? DA NE
Ako ne, navedi poteškoće:
14. Da li je netko od Vaših krvnika imao problema tijekom anestezije? DA NE
Ako da, navedi:

Datum: _____

Potpis bolesnika _____