

**ÚVN**ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE  
Vojenská fakultní nemocnice PrahaU Vojenské nemocnice 1200, IČ: 61383082  
Praha 6  
www.uvn.cz

## Dotazník pro pacienty před anestezií

**Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 1. LF UK a ÚVN**

Vážená paní, Vážený pane, Váš ošetřující lékař Vám doporučil operační či diagnostický výkon vyžadující anesteziologickou péči. Informace, které poskytnete níže, nám pomohou zvolit pro Vás nejvhodnější a nejbezpečnější způsob anestezie. Vyplňte prosím celý dotazník pečlivě a pravdivě. Vámi uvedené údaje budou důvěrné a stanou se součástí Vaší zdravotnické dokumentace.

Před návštěvou naší ambulance si prostudujte přiložený informační text o anestezii. V průběhu vyšetření Vám odpovíme na případné dotazy a společně podepíšeme tzv. informovaný souhlas.

Jméno a příjmení pacienta: \_\_\_\_\_ Rodné číslo \_\_\_\_\_

Váha \_\_\_\_\_ Výška \_\_\_\_\_ Alergie \_\_\_\_\_

Léky, které v současné době užíváte (včetně hormonální antikoncepce):  
  
\_\_\_\_\_**Prosíme, pečlivě vyplňte zaškrtnutím správné odpovědi**

	Ano	Ne
Podstoupil(a) jste v minulosti výkon v anestezii?	[ ]	[ ]
Vyskytli se u vás při anestezii či po ní komplikace?	[ ]	[ ]
Byla vám někdy podána krevní transfuze?	[ ]	[ ]
Máte uvolněné či jinak poškozené zuby? Zubní náhrady?	[ ]	[ ]
Máte pocit tuhnutí čelisti při pití kávy?	[ ]	[ ]
Měl(a) jste v nedávné době chřipku, nachlazení, teplotu, opar či jinou infekci?	[ ]	[ ]
Míváte bolesti na hrudi, dušnost při námaze či otoky nohou?	[ ]	[ ]
Jste v péči nějaké odborné ambulance? (kardiologie, nefrologie, plicní, atd.)	[ ]	[ ]
Máte onemocnění srdce či cév? (infarkt, vysoký tlak, sraženiny, mrtvice)	[ ]	[ ]
Máte onemocnění plic či dýchacích cest? (astma, zánět průdušek)	[ ]	[ ]
Máte cukrovku?	[ ]	[ ]
Máte jiná onemocnění? (jater, ledvin, štítné žlázy, nervů, svalů)	[ ]	[ ]
Máte žaludeční vředy či jiné onemocnění žaludku či jícnu?	[ ]	[ ]
Máte nějaké potíže s páteří?	[ ]	[ ]
Trpíte zvýšenou tvorbou modřin, krvácivostí či jinou krevní poruchou?	[ ]	[ ]
Užíváte pravidelně nějaké léky proti bolesti?	[ ]	[ ]
Kouříte (Kouřili jste)?	[ ]	[ ]
Pijete pravidelně alkohol?	[ ]	[ ]
Užíváte (užívali jste) nějaké drogy?	[ ]	[ ]

Zde vypište důležité informace o Vašem zdravotním stavu nad rámec daných otázek:  
  
\_\_\_\_\_

*Vyplněný dotazník přineste společně s lékařskou zprávou od vašeho praktického či interního lékaře k předanestetickému vyšetření v naší ambulanci ( pavilon CH1, patro -1 ). Děkujeme.*

Datum \_\_\_\_\_ Váš podpis / podpis zákonného zástupce \_\_\_\_\_