

4. Vymenujte všetky doterajšie operácie a typ anestézie (celková / regionálna – pozri ďalej v poučení ako bude prebiehať anestézia), ktoré boli pri operácii použité:

--

5a. Mali ste počas vašej anestézie pri týchto predchádzajúcich operáciách komplikácie?

áno

neviem

nie

ak áno, aké?

--

5b. Mali vaši pokrvní príbuzní nejaké komplikácie pri anestézii? Aké?

áno

neviem

nie

ak áno, aké?

--

6. Dostali ste niekedy v minulosti transfúziu? (napr. krv, krvné prípravky)

áno

neviem

nie

6a. Nastali nejaké komplikácie počas transfúzie?

áno

neviem

nie

ak áno, aké?

--

Ste si vedomý, že máte alebo ste mali niektoré z nasledujúcich ochorení?

7. Ochorenie svalov?

áno

nie

7a. Mali, alebo majú takéto ochorenie vaši pokrvní príbuzní?

áno

neviem

nie

--	--	--	--

8. Ochorenia srdca (napr. infarkt myokardu), angina pectoris, vrodenú vývojovú chybu srdca, zápal srdcového svalu, nepravidelný tep, máte zavedený kardiostimulátor?	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
8a. Dokážete vyjsť po schodoch dve podlažia bez toho, aby ste sa museli pre sťažené dýchanie zastaviť?	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
9. Cievne ochorenia (napr. zúžené cievy, krčové žily, trombóza, vysoký tlak, nízky tlak)	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
10. Pľúcne ochorenia (napr. tuberkulóza, astma, chronická bronchitída, CHOCHP, syndróm spánkového apnoe, cystická fibróza)	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
11. Choroby pečene (napr. cirhóza, žltacka)	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
12. Choroby tráviaceho traktu (napr. pálenie záhy, refluxná choroba, chronické zápalové ochorenie čreva)	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
13. Choroby obličiek (napr. chronický zápal obličiek, chronická dialýza)	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
14. Metabolické ochorenia (napr. cukrovka, zvýšený cholesterol)	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
15. Ochorenia štítnej žľazy (napr. struma)	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
16. Ochorenia oka (napr. zelený zákal, očná protéza, operácia na oku)	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
17. Nervové ochorenia (napr. epilepsia, stav po cievnej mozgovej príhode, Parkinsonova choroba, Alzheimerova choroba)	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
18. Psychiatrické ochorenia (napr. depresia)	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
19. Ochorenia kĺbov a svalov (napr. úrazy miechy, choroby kĺbov, chrbtice, reuma)	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie

20a. Poruchy zrážania krvi (napr. vrodené poruchy zrážania, silné a časté krvácanie z nosa, dlhý čas krvácania napríklad pri porezaní sa, silné krvácanie z ďasien, modriny bez udretia, podozrivo dlho trvajúce krvácanie, spontánne krvácanie do mäkkých tkanív a kĺbov)	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
20b. Poruchy zrážania krvi (napr. silné krvácanie pri predošlých operáciách)	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
20c. Poruchy zrážania krvi (napr. lieky ovplyvňujúce zrážanie krvi)	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
21. Alergie (napr. lieky, senná nádcha, precitlivenosť na potraviny, náplaste, latex)	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
ak áno, uveďte, na ktoré lieky máte alergiu		
22. Trpíte nejakými inými chorobami, ktoré neboli spomenuté?	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
ak áno, akými? (vypíšte)		
23. Máte nejaké krvou prenosné ochorenie? (napr. HIV, Hepatitída B, C...)	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
24a. Máte zubnú náhradu? (napr. snímateľná náhrada, náhrady koruniek, mostík)	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
24b. Trpíte paradentózou alebo máte kývajúce sa zuby?	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
25. Máte vo vašom tele cudzie telesá? (napr. kardiostimulátor, protézy kĺbov, stenty, črepiny, a pod.)	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie

Máte vo vašom tele cudzie telesá? ak áno, aké? (vypíšte)		
26. Máte transplantované orgány?	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
ak áno, aké? (vypíšte)		
Návyky:		
27. Fajčíte pravidelne?	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
Koľko cigariet denne?		
28. Pijete alkohol pravidelne?	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
Koľko a aký druh alkoholu ?		
29. Užívate nejaké návykové látky?	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
30. Máte načúvací aparát? Máte kontaktné šošovky?	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie

Doplňujúce otázky pre ženy:			
31. Ste tehotná?	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> neviem	<input type="checkbox"/> nie
32. Dojčíte?	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	
33. Užívate hormonálnu antikoncepciu alebo hormonálnu liečbu?	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	

Svojím podpisom potvrdzujem, že vyššie uvedené údaje sú podľa mojich najlepších vedomostí úplné a pravdivé.

V dňa

.....
podpis pacienta, resp. zákonného zástupcu