

Форма передопераційної оцінки стану пацієнта

На основі Pre-anesthesia Assessment Form Howard County General Hospital (Jonhs Hopkins Medicine)

ПІБ пацієнта: _____

Операція: _____

Зліва

☐

Справа

☐

Вік _____

Зріст _____

Вага _____

Дата операції _____

Чи були у Вас попередні анестезії? Під час яких операцій, з приводу чого?	Якщо Ви регулярно приймаєте якісь ліки (в тому числі кроворозріджуючі), то перелічіть їх	Якщо у Вас є алергії, назвіть їх
_____	_____	На продукти харчування
_____	_____	На медикаменти
_____	_____	☐ Алергія на латекс
_____	_____	☐ Алергія на хлоргексидин
_____	_____	☐ Алергія на йод

Чи маєте/мали Ви наступні стани?

☐	Захворювання серцево-судинної системи
☐	Біль/стискання у грудях
☐	Інфаркт міокарда
☐	Відчуття перебоїв у роботі серця / аритмія
☐	Встановлення кардіостимулятора
☐	Тромбоз легеневих артерій/вен нижніх кінцівок
☐	Високий артеріальний тиск (моя норма : _____)
☐	Інше _____
☐	Захворювання дихальних шляхів
☐	Куріння (якщо так, то скільки цигарок на день _____)
☐	Бронхіальна астма
☐	Хронічний бронхіт
☐	Задишка у спокої
☐	Застуда/ грип протягом останніх 2 тижнів
☐	COVID
☐	Хропіння
☐	Інше _____
☐	Неврологічні захворювання
☐	Інсульт/ТІА "мікроінсульт"
☐	Епілепсія
☐	Міжхребцеві грижі
☐	Рухові порушення/порушена хода
☐	Забудькуватість, втрата пам'яті, сплутаність свідомості
☐	Розсіяний склероз/м'язова дистрофія
☐	Пошкодження нервів/спинного мозку
☐	Порушення чутливості; затерпання , набряк кінцівок
☐	Інше _____
☐	Цукровий діабет
☐	Приймаю інсулін
☐	Цукрознижуючі препарати в таблетках
☐	Інсулінова помпа
☐	Проблеми із щитоподібною залозою
☐	Вкажіть: _____
☐	Захворювання нирок/сечового міхура/передміхурової залози
☐	Вкажіть : _____
☐	Проблеми з сечовипусканням після наркозу в минулому
☐	Гемодіаліз Детальніше: _____
☐	Захворювання шлунково-кишкового тракту
☐	Захворювання печінки (жовтяниця, гепатит)
☐	Рефлюкс / печія / грижа стравохідного отвору діафрагми
☐	Інше _____

Чи маєте/мали Ви наступні стани?	
☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Захворювання системи крові Схильність до кровотеч, синців Прийом кроворозріджуючих препаратів Анемія Релігійні або інші заперечення щодо переливання крові Переливання крові в минулому (опишіть _____)
☐	Порушення зору / Глаукома / Відшарування сітківки
☐	Захворювання вуха / "Дзвін" у вухах / Втрата слуху
☐ ☐ ☐ ☐	Онкологія Хіміотерапія Променева терапія Хірургічне втручання Опишіть _____
☐	Психіатричний розлад Якщо так, вкажіть _____
☐	Інші захворювання Якщо так, вкажіть які _____
☐ ☐ ☐	Для жінок Вагітність на даний момент Грудне вигодовування на даний момент Постменопауза
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Анестезія в минулому Наркоз; Регіонарна анестезія (місцева, провідникова, стовбурова, плексусна, нейроаксіальна, епідуральна, спінальна комбінована регіональна) Анестезія протягом останнього року Випадки утрудненої інтубації Побічна реакція на місцеві анестетики (напр., під час стоматологічних процедур). Якщо так, то які симптоми; назва препарату _____ Побічна реакція на попереднє введення анестезії Нудота/ блювання після наркозу Випадки ускладненої анестезії у родичів
☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Оскільки ліки та інші речовини можуть взаємодіяти негативно з анестетичними препаратами, будь ласка, вкажіть наступне: Вживання алкоголю регулярно Вживання протягом останніх 24 годин Вживання стероїдів/кортизону за останній рік Вживання психоактивних речовин Вживання психоактивних речовин за останні 30 днів
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Стан зубів Відсутні зуби у верхній щелепі Відсутні зуби у нижній щелепі Зуби, що хитаються у верхній щелепі Зуби, що хитаються у нижній щелепі Наявність коронок Наявність протезів, що знімаються

