

ANKIETA OSOBOWA PACJENTA

Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższej ankiety. Wszelkie podane przez Państwa informacje są objęte tajemnicą lekarską i stanowią integralną część karty pacjenta.

Dane osobowe:

Imię i nazwisko:.....

Pesel:..... Data urodzenia:.....

Adres zamieszkania:.....

Tel. kontaktowy:.....

E-mail:.....

Oświadczenie (zaznaczyć odpowiednio a lub b)

Zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Prawa Pacjenta z dnia 6 listopada 2008r. (dz. u. z 2009 r., nr 52, poz. 417 ze zm.)

a) nie upoważniam nikogo

b) upoważniam (imię i nazwisko)

Stopień pokrewieństwa..... **Tel.**.....

do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeń zdrowotnych, udostępnienia całej dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby (kserokopii) oraz udostępnienia całej dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci.

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

.....

.....

miejsowość, data

podpis pacjenta lub opiekuna

Wyrażam zgodę na powiadamianie mnie sms-owo, telefonicznie lub mailowo o kolejnych terminach wizyt oraz na otrzymywanie w/w sposobami informacji o akcjach marketingowych Centrum Medycznego Jurajska
Wyrażam zgodę na przetwarzanie(korzystanie, przechowywanie)moich danych osobowych zgodnie z Ustawą z dn.29-08-1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.nr133 pozycja 883) w Centrum Medycznym Jurajska.

TAK	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

NIE	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

Gdzie lub od kogo dowiedział/-a się Pan/Pani o Centrum Medycznym Jurajska?

1. Polecił mi ktoś znajomy lub ktoś z rodziny
2. Informacje w internecie
3. Inne

Ankieta anestezyjologiczna

Lekarz anestezjolog usypia i znieczula pacjenta na czas operacji. Stosując odpowiednie leki uzyskuje okresowe ograniczenie czynności ośrodkowego układu nerwowego. Podczas trwania operacji kontroluje ważne funkcje życiowe: oddychanie, krążenie krwi, a po jej zakończeniu wybudza pacjenta. U dzieci najczęściej stosowane jest znieczulenie ogólne.

Dzieci usypiane są zazwyczaj maską.

Po zaśnięciu dziecka rodzic/opiekun opuszcza gabinet.

W celu uzyskania ważnych informacji o Pana/i stanie zdrowia konieczne jest staranne wypełnienie ankiety.

Prosimy wnikliwie odpowiedzieć na poniższe pytania. Ankieta będzie pomocna w wyborze optymalnego sposobu znieczulenia. Ponadto podczas rozmowy z anestezjologiem prosimy o stawianie dalszych pytań i podpisanie zgody na znieczulenie dopiero po rozwianiu wszelkich wątpliwości i w jego obecności. Ankiety wypełnia rodzic/opiekun.

WYWIAD LEKARSKI

Prosimy o zaznaczenie w kółko poprawnej odpowiedzi.

Podane przez Państwa informacje są objęte tajemnicą lekarską.

<i>Waga dziecka</i>		
Wzrost dziecka		
Czy dziecko znajduje się pod stałą opieką lekarza z powodu przewlekłej choroby?	TAK	NIE
Choroby zakaźne w ostatnich 12 miesiącach		
• odra	TAK	NIE
• ospa	TAK	NIE
• świnka	TAK	NIE
• mononukleozą	TAK	NIE
• błonica	TAK	NIE
• Płonica (szkarlatyna)	TAK	NIE
• Inne		
Szczepienia w ciągu ostatnich 3 miesięcy?	TAK	NIE
Szczepienia przeciwko żółtacze:		
• Typu A (pokarmowej)	TAK	NIE
• Typu B (wszczepiennej)	TAK	NIE
Obecnie przyjmowane leki	TAK	NIE
Jakie?		
Leczenie szpitalne	TAK	NIE
Czy były wykonywane zabiegi operacyjne? Z jakiego powodu? Kiedy?	TAK	NIE

Powikłania podczas przebytych znieczuleń?	TAK	NIE
Powikłania podczas przebytych znieczuleń w rodzinie?	TAK	NIE
Czy dziecko choruje na następujące choroby?		
• Układ krążenia, nadciśnienie, zaburzenia rytmu serca	TAK	NIE
• Wady wrodzone	TAK	NIE
• inne		
Układ oddechowy		
• Zapalenie płuc/oskrzeli	TAK	NIE
• Nadwrażliwość płuc/oskrzeli	TAK	NIE
• astma	TAK	NIE
• Zapalenie krtani	TAK	NIE
Układ pokarmowy		
• Choroba lokomocyjna	TAK	NIE
• reflux	TAK	NIE
• Choroby wątroby	TAK	NIE
Choroby metaboliczne		
• cukrzyca	TAK	NIE
• Choroby tarczycy	TAK	NIE
• porfiria	TAK	NIE
• inne	TAK	NIE
Układ moczowy		
• Zapalenie nerek	TAK	NIE
• Zapalenie pęcherza	TAK	NIE
• stulejka	TAK	NIE
Układ kostno-mięśniowy		
• Wiotkość kości	TAK	NIE
• Wiotkość mięśni w rodzinie	TAK	NIE
• Ograniczenie ruchów w stawach	TAK	NIE
• Choroby kręgosłupa	TAK	NIE
• przepukliny	TAK	NIE
Jama ustna		
• Wady zgryzu	TAK	NIE
• Rozszczep podniebienia	TAK	NIE
• Chwiejące się zęby	TAK	NIE
• Korony	TAK	NIE
• aparat ortodontyczny wyjmowany	TAK	NIE
• Aparat ortodontyczny stały	TAK	NIE
Układ nerwowy		
• Stany drgawkowe	TAK	NIE

• padaczka	TAK	NIE
• Zapalenie opon mózgowych	TAK	NIE
• Mózgowe porażenie dziecięce	TAK	NIE
• ADHD	TAK	NIE
• Anoreksja	TAK	NIE
• Zaburzenia genetyczne	TAK	NIE
• Wady wzroku	TAK	NIE
• inne		
Choroby krwi lub zaburzenia krzepnięcia		
• Samoistne krwotoki	TAK	NIE
• Przedłużone krwawienie po urazach	TAK	NIE
• Skłonność do powstawania siniaków	TAK	NIE
• Utrudnione gojenie ran	TAK	NIE
• Hemofilia – zaburzenia krzepliwości	TAK	NIE
• Hemofilia – zaburzenia krzepliwości w rodzinie	TAK	NIE
• anemia	TAK	NIE
• Przetaczanie krwi	TAK	NIE
• inne		
Uczulenia		
• pokarmowe	TAK	NIE
• Skaza białkowa	TAK	NIE
• soja	TAK	NIE
• wziewne	TAK	NIE
• Na leki	TAK	NIE
• Kontaktowe/plaster	TAK	NIE
Inne informacje zdrowotne		

Oświadczam, że informacje podane powyżej są zgodne ze stanem faktycznym. Wszelkie zmiany mojej sytuacji zdrowotnej, szczególnie mogące mieć wpływ na przebieg leczenia zobowiązuję się zgłaszać niezwłocznie lekarzowi prowadzącemu.

Częstochowa, dnia

.....
(podpis pacjenta lub prawnego opiekuna)

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!

Zgoda na znieczulenie

Lekarz anesteziolog przeprowadził ze mną rozmowę wyjaśniającą postępowanie przed, podczas i po zabiegu mojego dziecka.

Zrozumiałem/am wyjaśnienia i zadałem/am wszystkie interesujące mnie pytania, dotyczące znieczulenia i możliwych powikłań. Nie mam żadnych dodatkowych pytań.

Zgadzam się, aby planowany zabieg stomatologiczny został przeprowadzony w znieczuleniu ogólnym (narkozie).

Zgadzam się również na uzasadnione medyczne postępowanie towarzyszące (np. dodatkowe wkłucie dożylnie, przetoczenie płynów, krwi) i w razie konieczności, zmianę sposobu znieczulenia.

Data i podpis lekarza

Data i podpis opiekuna

Zalecenia

- **JEDZENIE:** przez 5 godz. przed zabiegiem nie wolno jeść
- **PICIE:** przez 4 godz. przed zabiegiem nie wolno pić, ale na 2 godz. przed zabiegiem zaleca się wypicie 1/2 szklanki (100ml) niegazowanej wody w celu oczyszczenia żołądka z zalegających kwasów.
- Proszę zostawić w domu kolczyki, pierścionki, łańcuszki, zegarek itp.
- Przez 24 godz. po zabiegu dziecko powinno pozostawać pod opieką osoby dorosłej

Oświadczam że wykonałem/am zalecenia u dziecka

Data i podpis opiekuna