



ANESTEZIOLOŠKI UPITNIK

Molimo da odgovorite na sljedeća pitanja. Odgovori će nam pomoći u skrbi za Vas tijekom anestezije i operacijskog zahvata.

IME I PREZIME: _____ DATUM ROĐENJA: _____

VISINA: _____ TEŽINA: _____ POTPIS: _____

Označite ako imate sljedeće zdravstvene probleme:

	DA	NE		DA	NE
povišen krvni tlak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	šećerna bolest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bolovi u prsima / angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bolesti jetre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
srčano zatajenje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bolesti bubrega	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
srčani udar (godina _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bolesti štitnjače	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
srčana premosnica/stent (godina _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	reumatoidni artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pacemaker (godina _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	moždani udar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
srčani šum / problemi sa srčanim zaliskom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gubitak svijesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
palpitacije / nepravilan srčani ritam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	epilepsija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
astma / kronični bronhitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bolesti mišića	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
apneja u snu ("sleep apnea")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anemija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
osjećaj nedostatka zraka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	poremećaj zgrušavanja krvi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nedavna prehlada / gripa / kašalj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tromboza / embolija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Druge bolesti: _____

Alergije (lijekovi, hrana, lateks): DA _____ NE

Lijekovi koje uzimate (ime, doza, vrijeme uzimanja): _____

Dosadašnje operacije i vrste anestezije: _____

Komplikacije anestezije: DA _____ NE

Imate li:	DA	NE		Napomene: _____
nestabilne zube	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pušač <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	_____
zubnu protezu / most	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ kutija/dan _____	_____
leće / naočale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
slušni aparat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	alkohol <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	_____
piercing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ piće/tjedan _____	_____