



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 _____	_____



UPUTE ZA BOLESNIKE

* Kod dolaska na pregled anesteziologa donijeti:

- **laboratorijske nalaze**, koji nisu stariji od mjesec dana (KKS, AST, ALT, GGT, bilirubin ukupni i direktni, PV, APTV, fibrinogen, GUK, Na, K, ureja, kreatinin, krvna grupa)
- **rtg srca i pluća** (bolesnici **stariji od 40 godina**), koji nije stariji od 6 mjeseci
- **EKG**, koji nije stariji od 6 mjeseci
- **medicinsku dokumentaciju** i nalaze ako se liječite ili ste se liječili zbog neke druge bolesti (npr. bolesti srca, povišeni tlak, šećerna bolest...)
- ako bolujete ili ste bolovali od bolesti štitnjače, priložite nalaz hormona štitnjače, koji ne smije biti stariji od 6 mjeseci te nalaze endokrinologa
- popis lijekova koje redovito uzimate (naziv, doza i vrijeme uzimanja lijeka)
- ako ste alergični na neke lijekove, ime lijeka na koji ste alergični

* Za djecu do 16. godine života potrebno je priložiti nalaz nadležnog pedijatra ili liječnika obiteljske medicine o dosadašnjem zdravstvenom stanju djeteta, medicinsku dokumentaciju vezanu za ev. druge bolesti, dok laboratorijski nalazi, rtg srca i pluća i EKG nisu potrebni (osim u slučaju neke druge pridružene teže djetetove bolesti).

* Anesteziolog može, nakon uvida u Vašu medicinsku dokumentaciju i nalaze te razgovora s Vama i pregleda, zatražiti dodatne nalaze i obradu prije operacije.

- Preporuča se prestanak pušenja 6 tjedana prije operacije, a svakako ne pušiti barem 8 sati prije operacije.
- Zadnji lagani obrok (uključujući kavu i mlijeko) možete uzeti najviše 6 sati prije operacije.
- Bistru tekućinu smijete u manjoj količini (do 200 ml) uzeti najviše 2 sata prije operacije.
- Zadnje dojenje djeteta može biti najviše 4 sata prije operacije.
- Prije dolaska u operacijsku dvoranu skinuti nakit, mobilne zubne proteze, leće, naočale, piercing, šminku i lak za nokte.

pušač	<input type="checkbox"/>	DA	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>	zubnu protezu / most	<input type="checkbox"/>	DA	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>
šminka	<input type="checkbox"/>	DA	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>	leće / naočale	<input type="checkbox"/>	DA	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>
alkohol	<input type="checkbox"/>	DA	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>	slušni aparati	<input type="checkbox"/>	DA	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>
piercing	<input type="checkbox"/>	DA	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	DA	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>