

Дата: _____ . _____ .20____ год

Ф.И.О. пациента _____, дата рождения и возраст _____

Ваш вес _____ кг; Ваш рост _____ см.

Опишите Ваши жалобы в настоящее время _____

Пожалуйста, заполните анкету! Отмечайте верные ответы!

1	Наблюдалась ли у Вас повышенная чувствительность/аллергия (сыпь, зуд, отек Квинке, покраснение кожи или другие проявления) к лекарствам, пластырям, продуктам питания, или другим веществам? Укажите наименования!	Да	Нет
2	Принимаете ли Вы ежедневно медикаменты? Укажите какие!	Да	Нет
3	Принимаете ли Вы препараты агонисты рецепторов ГПП? Если принимаете, подчеркните какой именно препарат, укажите дату последнего приема или последней инъекции. Семаглутид(Оземпик, Ребелсас, Вегови); Лираглутид (Виктоза, Саксенда); Дулаглутид (Трулисити); Эксенадид (Баета, Баета Лонг) Ликсисенатид(Ликсумия); Тирзепатид (Тирзетта).	Да	Нет
4	Болеете ли вы в данное время ОРЗ, гриппом, герпесом?	Да	Нет
5	Имеются ли у Вас заболевания сердца: инфаркт миокарда (укажите год) _____; нарушения ритма сердца; сердечная недостаточность; установленный кардиостимулятор, установленные стенты в сосудах сердца или сосудах другой локализации? (нужное подчеркните)	Да	Нет
6	Имеются ли у Вас врожденные или приобретенные пороки сердца?	Да	Нет
7	Бывают ли у Вас обмороки, пониженное артериальное давление?	Да	Нет
8	Укажите, есть ли у вас варикозная болезнь вен нижних конечностей?	Да	Нет
9	Укажите были ли у Вас тромбозы вен нижних конечностей? ТЭЛА?	Да	Нет
10	Имеются ли у Вас, заболевавшая легких и бронхов: бронхиальная астма, ХОБЛ, хронические бронхиты, пневмония?	Да	Нет
11	Беспокоит ли Вас одышка при небольшой физической нагрузке?	Да	Нет
12	Случались ли у Вас ранее нарушение мозгового кровообращения, инсульты? или другие заболевания нервной системы?	Да	Нет
13	Страдаете ли Вы эпилепсией? Страдаете ли вы психическими заболеваниями? Страдаете ли Вы депрессией? (нужное подчеркните!)	Да	Нет
14	Бывают ли у Вас нарушение свертываемости крови: длительные кровотечения, появляются ли синяки и/или гематомы?	Да	Нет
15	Принимаете ли Вы препараты, влияющие на свертывание крови? Например, препараты аспирина: кардиомагнил/тромбо АСС; клопидогрел, дабигатран, ривароксабан, аписабан, варфарин. (нужное подчеркните!)	Да	Нет
16	Страдаете ли Вы сахарным диабетом или у Вас наблюдается повышение уровня сахара (глюкозы) в крови натощак?	Да	Нет
17	Страдаете ли вы хроническими заболеваниями почек? (МКБ; пиелонефрит; гломерулонефрит; кисты почек; ХПН)	Да	Нет
18	Болеете ли Вы заболеваниями печени, пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы, кишечника? Язвенная болезнь; вирусный гепатит; цирроз; язвенный колит, болезнь Крона? (нужное подчеркните!)	Да	Нет
19	Получали ли Вы когда-либо лучевую терапию и/ или химиотерапию?	Да	Нет
20	Имеются ли у Вас съемные зубные протезы, шатающиеся зубы?	Да	Нет
21	Курите ли Вы? Сколько лет?	Да	Нет
22	Злоупотребляете ли Вы алкоголем?	Да	Нет
23	Бывают ли у Вас периоды ночного апноэ?	Да	Нет
24	Были ли у вас операции? Укажите год и вид оперативного лечения.	Да	Нет
25	Проводили ли Вам ранее общую анестезию (наркоз) или медикаментозную седацию?	Да	Нет
26	Были ли у вас осложнения после анестезии? (головная боль, тошнота, рвота, снижение давления, нарушение ритма сердца, аллергия, сыпь, отек Квинке)	Да	Нет
27	Укажите, пожалуйста, дату и точное время последнего приема плотной пищи перед анестезией (седацией)!		
	Укажите, пожалуйста, дату и точное время последнего приема жидкости (чай, кофе, вода, раствор для подготовки) перед анестезией (седацией)!		
28	Для женщин: Наличие беременности или кормление грудью в настоящее время?	Да	Нет

На вопросы ответил(а) лично _____ (Фамилия ИО и подпись пациента)

Врач-анестезиолог _____ (Фамилия ИО и подпись врача)