

Дата \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ год

ФИО пациента \_\_\_\_\_, возраст \_\_\_\_\_

Ваш рост \_\_\_\_\_ см; Ваш вес \_\_\_\_\_ кг.

Опишите Ваши жалобы в настоящее время \_\_\_\_\_

1	Наблюдалась ли у Вас повышенная чувствительность/аллергия к лекарствам, продуктам, или другим веществам? Укажите!	Да	Нет
2	Принимаете ли Вы ежедневно медикаменты? Укажите какие!	Да	Нет
3	Болеете ли вы в данное время ОРЗ, гриппом, герпесом?	Да	Нет
4	Имеются ли у Вас заболевания сердца: инфаркт миокарда (указать год) ____; нарушения ритма сердца; сердечная недостаточность; установленный кардиостимулятор?	Да	Нет
5	Имеются ли у Вас врожденные или приобретенные пороки сердца?	Да	Нет
6	Бывают ли у Вас обмороки, пониженное артериальное давление?	Да	Нет
7	Имеются ли у Вас, заболевая легких и бронхов: бронхиальная астма/ХОБЛ?	Да	Нет
8	Беспокоит ли Вас одышка при небольшой физической нагрузке?	Да	Нет
9	Случались ли у Вас ранее нарушение мозгового кровообращения, инсульты? или другие заболевания нервной системы?	Да	Нет
10	Бывают ли у Вас длительные кровотечения, нарушение свертываемости крови?	Да	Нет
11	Принимаете ли Вы препараты, влияющие на свертывание крови? (например, препараты аспирина: кардиомагнил/тромбо АСС; клопидогрел, дабигатран, ривароксабан, апиксабан, варфарин)	Да	Нет
12	Страдаете ли Вы сахарным диабетом? Наблюдается ли у Вас повышение уровня сахара (глюкозы) в крови?	Да	Нет
13	Страдаете ли вы хроническими заболеваниями почек? (МКБ; пиелонефрит; гломерулонефрит; кисты почек; ХПН)	Да	Нет
14	Болеете ли Вы заболеваниями печени, пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы, кишечника? (язвенная болезнь; вирусный гепатит; цирроз; язвенный колит, болезнь Крона). Нужно подчеркнуть.	Да	Нет
15	Получали ли Вы когда-либо лучевую терапию и/или химиотерапию?	Да	Нет
16	Страдаете ли Вы эпилепсией? Или другими психическими заболеваниями?	Да	Нет
17	Имеются ли у Вас съемные зубные протезы, шатающиеся зубы?	Да	Нет
18	Курите ли Вы? Сколько лет?	Да	Нет
19	Злоупотребляете ли Вы алкоголем?	Да	Нет
20	Бывают ли у Вас периоды ночного апноэ?	Да	Нет
21	Проводили ли Вам ранее общую анестезию (наркоз)? Были ли у вас осложнения после анестезии?	Да	Нет
22	Укажите, пожалуйста, точное время последнего приема пищи и жидкости перед анестезией!		
23	Для женщин: Наличие беременности или кормление грудью в настоящее время?	Да	Нет

На вопросы ответил(а) лично \_\_\_\_\_ (подпись пациента)

Врач-анестезиолог \_\_\_\_\_ (ФИО и подпись врача)