OPĆA BOLNICA NOVA GRADIŠKA

Strossmayerova 17 A

35400 Nova Gradiška

 **ANESTEZIJSKI UPITNIK**

Datum popunjavanja upitnika: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ime i Prezime : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Datum rođenja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DOSADAŠNJE BOLESTI:**

Bolujete li od nekih kroničnih bolesti? Ako bolujete, navedite koje! DA\_\_\_\_\_ NE\_\_\_\_\_\_

Bolesti središnjeg/perifernog živčanog sustava:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DA\_\_\_\_\_ NE\_\_\_\_\_\_

Duševne bolesti:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DA\_\_\_\_\_ NE\_\_\_\_\_\_

Bolesti vida i sluha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DA\_\_\_\_\_ NE\_\_\_\_\_\_

Operacije lica/čeljusti: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DA\_\_\_\_\_ NE\_\_\_\_\_\_

Bolesti dišnog sustava: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DA\_\_\_\_\_ NE\_\_\_\_\_\_

Bolesti srca i krvnih žila:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DA\_\_\_\_\_ NE\_\_\_\_\_\_

Bolesti krvi i poremećaja zgrušavanja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DA\_\_\_\_\_ NE\_\_\_\_\_\_

Endokrinološke bolesti:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DA\_\_\_\_\_ NE\_\_\_\_\_\_

Bolesti probavnog sustava, jetre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DA\_\_\_\_\_ NE\_\_\_\_\_\_

Bolesti bubrega/ mokraćnogsustava/ prostate\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DA\_\_\_\_\_ NE\_\_\_\_\_\_

Bolesti kostiju /mišića /zglobova\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DA\_\_\_\_\_\_NE\_\_\_\_\_

Zarazne bolesti HIV / AIDS, hepatitits B,C \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DA\_\_\_\_\_\_NE\_\_\_\_\_\_ Druga bolest/prehlada/pneumonija/ bronihits u zadnjih mjesec dana\_\_\_\_\_\_\_\_DA\_\_\_\_\_ \_NE\_\_\_\_\_\_

**LIJEKOVI KOJE UZIMATE REDOVITO**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALERGIJE**:

Jeste li alergični na lijekove? DA\_\_\_\_ NE\_\_\_\_\_ Ako jeste,navedite ime lijeka.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Neke druge alergije? DA\_\_\_\_ NE \_\_\_\_\_ Koje? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PRIJAŠNJE OPERACIJE I ANESTEZIJE:**

Jeste li do sada bili operirani? DA\_\_\_\_\_ NE\_\_\_\_\_\_

Jeste li do sada bili anestezirani? DA\_\_\_\_\_ NE\_\_\_\_\_\_

Jeste li imali komplikacija u anesteziji? DA\_\_\_\_\_ NE\_\_\_\_\_\_

Jeste li imali postoperativnu mučninu/povraćanje? DA\_\_\_\_\_ NE\_\_\_\_\_\_

Je li netko u Vašoj obitelji imao problema sa anestezijom? DA\_\_\_\_\_ NE\_\_\_\_\_\_

Jeste li ikad primili transfuziju krvi? DA\_\_\_\_\_ NE\_\_\_\_\_\_

**NAVIKE:**

Pušenje?DA\_\_\_\_ NE\_\_\_\_ Alkohol? DA\_\_\_ NE\_\_\_\_ Opojna sredstva DA\_\_\_\_NE\_\_\_\_

**FIZIKALNI PREGLED:**

Tjelesna težina:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Visina:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Krvni tlak:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Puls:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SpO2:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Zubna proteza:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Klimavi zub\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nosite li naočale/kontaktne leće\_\_\_\_\_\_\_\_, Trajni nakit (piersing) na tijelu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Da li ste sposobni popeti se na 2 kat?\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Da li ste sposobni raditi lakše fizičke poslove ( brisanje prašine...)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Za žene: zadnja menstruacija, kada\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jeste li možda trudni\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potpis anesteziologa: Potpis bolesnika (skrbnika ili roditelja):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_