

## 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/ mokraćnog sustava/ prostate \_\_\_\_\_ DA \_\_\_\_\_ NE \_\_\_\_\_

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

Zarazne bolesti HIV / AIDS, hepatitis 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 anestetizirani? 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):

\_\_\_\_\_