**Опросник для пациента перед плановым оперативным вмешательством**

Ф.И.О………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Возраст…………………………… Рост………………….. Вес…………………..

Предполагаемая операция…………………………………………………………………………………………………………………….

Перечислите аллергические реакции на лекарственные препараты и пищевые продукты, которые у Вас были……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Во время лечения зубов в стоматологии под анестезией были ли у Вас проблемы с дыханием, отек языка, потеря сознания? | да | нет |
| У Вас есть съемные зубные протезы? | да | нет |

Перечислите перенесенные Вами операции и их осложнения…………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Были ли у Вас проблемы с анестезией? Проблемы с интубацией, рвота после анестезии, затруднение дыхания | да | нет |
| Быстро ли сворачивается Ваша кровь при порезе пальца, удалении зуба и др.? | да | нет |
| Переливались ли Вам ранее компоненты крови? | да | нет |
| Если бы Вам потребовалось переливание компонентов крови, Вы бы дали свое согласие? | да | нет |

Перечислите все заболевания, которые у Вас есть?..................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Перечислите все лекарственные препараты, которые Вы принимаете постоянно (включая витамины, БАДы, гомеопатические препараты, спортивные добавки и прочее)…...………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| У Вас повышается давление? | да | нет |
| У Вас когда-нибудь были проблемы с сердцем? Боль за грудиной, приступы одышки, ощущение перебоев в работе сердца, нарушения ритма? | да | нет |
| У Вас есть отеки на нижних конечностях? | да | нет |
| У Вас есть варикозное расширенние вен на нижних конечностях? | да | нет |
| Можете ли Вы подняться на один этаж без остановки? | да | нет |
| У Вас есть проблемы с легкими? Одышка, эмфизема, бронхит, астма, другие болезни легких? | да | нет |
| Был ли рентген легких за последний год? | да | нет |
| Принимали ли Вы наркотические средства? | да | нет | |

Как часто Вы употребляете алкоголь? Быстро пьянеете?.........................................................................

Вы курите? Сколько сигарет/пачек в день?................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Есть ли у Вас татуировки? | да | нет |
| Есть ли у Вас или ваших половых партнеров ВИЧ, гепатит С, сифилис? | да | нет |
| У Вас были проблемы с печенью (желтуха, цирроз)? | да | нет |
| У Вас были проблемы с почками (камни, почечная недостаточность, диализ)? | да | нет |
| У Вас были проблемы с системой пищеварения (изжога, рефлюкс, язвы)? | да | нет |
| У Вас есть проблемы с щитовидной железой (гипер или гипофункция)? | да | нет |
| У Вас были приступы эпилепсии? Внезапная потеря сознания? Инсульты, слабость в конечностях, эпизоды нарушения речи? | да | нет |
| Вы получали когда-нибудь химио или лучевую терапию? | да | нет |
| У вас есть проблемы со слухом, зрением? Вы храпите? Это доставляет беспокойство Вашим близким? | да | нет |
| Для пациенток женского пола: есть ли вероятность, что Вы беременны? | да | нет |
| Принимаете ли Вы оральные контрацептивы? | да | нет |
| Назначались ли Вам когда-нибудь препараты железа? | да | нет |

Есть ли у Вас на руках выписки от предыдущих госпитализаций или консультаций врачей, результаты каких-либо анализов и исследований? ….………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Дополнительные сведения, которые Вы бы хотели сообщить врачу……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Дата……………………………….

Подпись…………………………