

**АНКЕТА ПАЦИЕНТА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ/ОБЕЗБОЛИВАНИЯ**  
**( ОБЯЗАТЕЛЬНО К ЗАПОЛНЕНИЮ!)**

*Как и при любом лечебном или диагностическом вмешательстве, при анестезии риск зависит от ряда обстоятельств. Наибольшую роль играют характер и степень основного заболевания, сопутствующая патология, общее состояние пациента, возраст и вредные привычки.*

*Следующие вопросы помогут нам оценить возможный риск анестезии и проводимой эндоскопической манипуляции, тем самым обеспечить наиболее высокий уровень безопасности.*

*Большое количество вопросов объясняется нашим стремлением предотвратить максимум нежелательных явлений, как типичных, так и крайне редких.*

*В графе «Прочее» укажите на обстоятельства, кажущиеся Вам важными.*

*Если у Вас возникли вопросы и Вам нужна помощь в оформлении данного документа, пожалуйста, обратитесь к медицинской сестре или анестезиологу.*

1. Ваша профессия? \_\_\_\_\_

2. Проходили ли Вы в последнее время (3 месяца) лечение?

нет  да

По поводу какого заболевания \_\_\_\_\_

3. Вы беременны?

нет  да

4. Принимаете ли Вы какие-либо медикаменты

нет  да , какие? (укажите все, включая БАДы, успокоительные, снотворные, противозачаточные) \_\_\_\_\_

5. Выполнялись ли Вам хирургические операции

нет  да , какие? \_\_\_\_\_

Были ли какие-либо осложнения?

нет  да , какие? \_\_\_\_\_

6. Были ли какие-либо осложнения при анестезии у Вас и/или Ваших родственников?

нет  да , какие? \_\_\_\_\_

**Болели ли Вы раньше или болеете в настоящее время следующими заболеваниями?**

7. Мышечные заболевания или мышечная слабость?

нет  да  \_\_\_\_\_

8. Сердечно-сосудистые заболевания (стенокардия, инфаркт миокарда, порок сердца, аритмия, артериальная гипертония и др.)?

нет  да  \_\_\_\_\_

9. Заболевания крови или нарушения свертывания (гемофилия, тромбофилия, частые носовые кровотечения, тромбозы в анамнезе, лейкозы и др.)

нет  да  \_\_\_\_\_

10. Заболевания лёгких и дыхательных путей (бронхиальная астма, хронический бронхит, туберкулез и др.)?

нет  да  \_\_\_\_\_

11. Заболевания печени и желчевыводящей системы (гепатит, цирроз печени, холецистит)?

нет  да  \_\_\_\_\_

12. Заболевания почек (гломерулонефрит, мочекаменная болезнь, пиелонефрит, поликистоз)?

нет  да  \_\_\_\_\_

13. Эндокринные заболевания (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, надпочечниковая недостаточность, аденома гипофиза и др.)?

нет  да  \_\_\_\_\_

14. Заболевания глаз (глаукома)?

нет  да  \_\_\_\_\_

16. Заболевания нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз и др.)?

нет  да  \_\_\_\_\_

17. Психические заболевания (шизофрения, депрессия и др.)?

нет  да  \_\_\_\_\_

18. Аллергические заболевания (крапивница, отеки Квинке, аллергическая астма, дерматиты и др.)?

нет  да  , какие? \_\_\_\_\_

а) отмечались ли ранее у Вас аллергические реакции на какие-либо медикаменты?

нет  да  , какие? \_\_\_\_\_

б) отмечались ли ранее у Вас осложнения или нежелательные реакции при анестезии?

нет  да  , какие? \_\_\_\_\_

в) отмечались ли ранее у Вас аллергические или другие реакции при использовании местных анестетиков (лидокаин, новокаин, ультракаин)?

нет  да  , какие? \_\_\_\_\_

19. Есть ли у Вас другие заболевания?

нет  да  , какие? \_\_\_\_\_

20. Носите ли Вы зубной протез (коронки, зубные мостики, снимаемые протезы)?

нет  да  \_\_\_\_\_

21. Злоупотребляете ли вы крепкими алкогольными напитками:

нет  да  , дата последнего употребления \_\_\_\_\_

Прочее \_\_\_\_\_

**Ваш вес \_\_\_\_\_ кг и рост \_\_\_\_\_ см**

**ФИО полностью, год рождения \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_