

DATA: _____

FORMULARZ OPIEKI OKOŁOZABIEGOWEJ

W trosce o bezpieczeństwo naszych pacjentów w okresie okołoperacyjnym, prosimy o wypełnienie poniższego formularza.

IMIĘ PACJENTA: _____ NAZWISKO OPIEKUNA: _____
RODZAJ ZABIEGU: _____ NR TELEFONU: _____

Informacje ogólne

Jakie jest ogólne samopoczucie pacjenta: _____

Czy w ostatnim czasie wystąpiły nieprawidłowości: NIE TAK

Jeśli tak, proszę wymienić jakie: _____

Czy pacjent był wcześniej poddawany znieczuleniu: NIE TAK

Jeśli tak, proszę podać powód: _____

Czy wystąpiły nieprawidłowości? NIE TAK, jakie: _____

Jedzenie

Preferencje żywieniowe: SUCHA MOKRA Marka: _____

Alergia pokarmowa: NIE TAK, jaka: _____

Pora ostatniego posiłku: _____ Uwagi: _____

Zaburzenia

Proszę zaznaczyć schorzenia z którymi aktualnie zmagają się pacjenci:

Brak zaburzeń <input type="checkbox"/>	Niewydolność nerek <input type="checkbox"/>	Wrzody <input type="checkbox"/>
Cukrzyca <input type="checkbox"/>	Niewydolność wątroby <input type="checkbox"/>	Padaczka <input type="checkbox"/>
Nadciśnienie <input type="checkbox"/>	Nadczynność tarczycy <input type="checkbox"/>	Choroba Cushinga <input type="checkbox"/>
Choroby serca <input type="checkbox"/>	Niedoczynność tarczycy <input type="checkbox"/>	Choroba Addisona <input type="checkbox"/>
Zaburzenia krzepnięcia <input type="checkbox"/>	Mutacja genu MDR1 <input type="checkbox"/>	Astma <input type="checkbox"/>

Inne: _____

Przyjmowane leki (LEK/DAWKA/GODZINA PODANIA):

- _____
- _____
- _____

Czy lek został dziś podany?

TAK NIE
TAK NIE
TAK NIE

Dodatkowe procedury możliwe do wykonania podczas znieczulenia:

<input type="checkbox"/> Czipowanie (+130zł)	<input type="checkbox"/> Czyszczenie uszu (+39zł)
<input type="checkbox"/> Obcięcie pazurów (+35zł)	<input type="checkbox"/> Inne _____
<input type="checkbox"/> Opróżnienie zatok okołoodbytowych (+55zł)	

Podpis opiekuna