

В Медицинском центре «XXI век» используются различные виды анестезии. Вариант, предлагаемый Вам, всегда зависит от различных факторов, этот выбор Вы делаете совместно с анестезиологом на основании беседы и предоперационного осмотра. Современная анестезия – хорошо отработанный, четко контролируемый процесс. Весь персонал службы анестезиологии центра подготовлен к любым неожиданностям и обладает достаточной квалификацией для того, чтобы Вы могли доверить ему свою жизнь.

При анестезии риск и нагрузка на организм зависят от индивидуальных особенностей: характера и тяжести проблемы, по поводу которой проводится вмешательство, предшествующих и сопутствующих заболеваний, общего состояния, возраста, привычек. Поэтому вопросы касаются самых разных сторон Вашего состояния и жизни. Ваши ответы помогут нам проанализировать возможные опасности и, тем самым, максимально снизить риск. Убедительно просим Вас отвечать откровенно, эта информация не подлежит разглашению, имеет для нас только медицинское значение, а потому сокрытие её совершенно бессмысленно и даже опасно.

Мы просим Вас очень внимательно отнестись ко всем назначениям врача-анестезиолога. Их строгое выполнение – залог Вашей безопасности во время операции и в ближайшем послеоперационном периоде. Особенно это касается категорического требования воздерживаться от приёма пищи и жидкости в течение 6 часов перед наркозом. Несоблюдение этого требования может привести к развитию крайне тяжелого осложнения – рвоты с попаданием рвотных масс в дыхательные пути.

**Перед операцией:** удалите зубные протезы, контактные линзы (если они есть), не используйте в этот день косметики и лак для ногтей, снимите серьги, кольца, цепочки и прочие украшения.

Особенности амбулаторной хирургии позволят Вам отправиться домой в тот же день, однако это не означает, что Вы сможете сразу вернуться к привычному образу жизни. Попросите кого-нибудь сопровождать Вас домой. Ни в коем случае не садитесь за руль самостоятельно! Выполняйте рекомендации данные врачом при выписке. Сохраните контактные телефоны Вашего хирурга и анестезиолога, если возникнут вопросы, позвоните Вашему врачу или в круглосуточный координационный центр Медицинского центра «XXI век».

## Важно!

Будьте с нами откровенны. Не скрывайте от нас информацию об изменениях в состоянии Вашего здоровья. Если у Вас появились вопросы – спрашивайте. Мы не только обязаны, мы очень хотим ответить на них.

(Фамилия, Имя, Отчество)

Дата рождения: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года      Вес: \_\_\_\_\_ кг.      Рост: \_\_\_\_\_ см.

### Переносили ли Вы в прошлом следующие заболевания

- Воспаление легких      да  нет
- Черепно-мозговые травмы с потерей сознания  без потери сознания  нет
- ОРЗ чаще 2-х раз в год      да  нет
- Ангина ежегодно      да  нет
- Туберкулез      да  нет
- Гепатит А, гепатит В, гепатит С      да  нет
- Венерические заболевания      да  нет
- Онкологические заболевания      да  нет
- Тропические инфекции      да  нет
- Воспаления (абсцессы, флегмоны) на лице, теле      да  нет
- Герпес (в области губ, гениталий, др.)      да  нет

### Состоите ли Вы на учете в специализированном мед. учреждении

- В противотуберкулезном диспансере      да  нет
- В кожно-венерологическом диспансере      да  нет
- В психо-неврологическом диспансере      да  нет
- В онкологическом диспансере      да  нет
- В другом медицинском учреждении: \_\_\_\_\_

### Принимаете ли Вы регулярно медицинские препараты

- Ацетилсалициловая кислота (аспирин)      да  нет
- Препараты, снижающие артериальное давление      да  нет
- Антибиотики      да  нет
- Сердечные гликозиды (дигоксин)      да  нет
- Блокаторы H2-рецепторов гистамина (омез, некسيوم, париет)      да  нет
- Гормональные препараты      да  нет
- Препараты для похудения      да  нет
- Снотворные /успокаивающие препараты      да  нет
- Мочегонные препараты      да  нет
- Слабительные препараты      да  нет

Находитесь ли Вы на диете?      да  нет

Мужчинам: Принимаете ли Вы «виагру» или подобные ей препараты?      да  нет

Женщинам: Вы беременны?      да  нет   
При положительном ответе укажите срок: \_\_\_\_\_ нед.

Переливали ли Вам прежде кровь?      да  нет

Были реакции?      да  нет

Имеются ли у Вас следующие симптомы или проявления

**Боли в области сердца**  
в покое  при физической нагрузке  нет

Есть ли у Вас искусственные водители  
сердечного ритма, кардиостимуляторы? да  нет

Повышение систолического артериального  
давления более 140 мм. рт. ст. ? да  нет

Максимальные цифры АД, о которых Вы знаете: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Одышка в покое  при физической нагрузке  нет

Есть ли у Вас шатающиеся зубы? да  нет

Есть ли у Вас съёмные зубные протезы? да  нет

Носите ли Вы контактные линзы? да  нет

Имеются ли у Вас изменения в области  
шейного отдела позвоночника? да  нет

Профессиональные вредности да  нет

Долго ли у Вас продолжается кровотечение?  
(при порезе, менструации, удалении зуба) да  нет

Легко ли у Вас образуются кровоподтеки (синяки)?  
самопроизвольно  при травме  нет

Бывают ли у Вас судороги? да  нет

Мышечная слабость или мышечная дистрофия да  нет

Отёки на ногах да  нет

Аллергия на лекарственные препараты да  нет

какие? \_\_\_\_\_

Аллергия на травы, пыльцу, растений,  
шерсть животных да  нет

Аллергия или необычные реакции  
на пищевые продукты да  нет

какие? \_\_\_\_\_

Проводили ли Вам оперативные вмешательства? да  нет

Перечислите, когда и какие операции  
под общей анестезией Вы переносили (подробно)

Хорошо ли Вы переносили анестезию? да  нет

Были ли у Вас какие-нибудь осложнения,  
связанные с анестезией? да  нет

какие? \_\_\_\_\_

Были ли какие-нибудь осложнения  
анестезии у членов Вашей семьи? да  нет

Вы боитесь предстоящей операции? да  нет

Имеются у Вас в настоящее время хронические заболевания?

Бронхиальная астма,  
хронический бронхит, ХОБЛ да  нет

Гипертония (повышение давления) да  нет

Гипотония (понижение давления) да  нет

Ишемическая болезнь сердца,  
перенесенный инфаркт миокарда да  нет

Нарушения сердечного ритма да  нет

Перенесенный инсульт (нарушение  
мозгового кровообращения) да  нет

Нарушение кровотока по сосудам шеи да  нет

Язва желудка, 12-перстной кишки да  нет

Изжога или грыжа пищеводного  
отверстия диафрагмы да  нет

Эпилепсия да  нет

Мочекаменная болезнь да  нет

Сахарный диабет да  нет

Заболевание щитовидной железы да  нет

Миастения да  нет

Анемия да  нет

Глаукома да  нет

Заболевания сосудов (артерий и/или вен) да  нет

Хронический ринит да  нет

Острое респираторное заболевание да  нет

Психическое расстройство да  нет

Келоидоз (наличие гипертрофических  
рубцов на лице и теле) да  нет

Заболевания кожи да  нет

Другие заболевания: \_\_\_\_\_

Вы курите? да  нет   
сколько лет курите? \_\_\_\_\_ Сколько сигарет в сутки? \_\_\_\_\_

Если курили, но бросили – укажите, с какого  
года не курите \_\_\_\_\_

Вы употребляете алкоголь? да  нет   
сколько дней в неделю? \_\_\_\_\_ Что именно: \_\_\_\_\_ мл

Употребляете наркотические препараты? да  нет

Употребляете психотропные препараты? да  нет

Проводилось ли медикаментозное  
кодирование от какой-либо зависимости? да  нет

Выпиваете кофе или чай более 2-х  
чашек в день? да  нет

Анкета заполнена собственноручно. О важности правдивости и полноты ответов информирован(а).

Пациент(ка): \_\_\_\_\_  
(Фамилия, Имя, Отчество)

\_\_\_\_\_ (Подпись)

Дата заполнения « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ года