



Анкета пациента перед проведением анестезии

☎ 38-002-38
www.mc21.ru

Уважаемые родители, пожалуйста, отнеситесь с особым вниманием к заполнению этой анкеты! Просим вас максимально развернуто, со всеми подробностями, ответить на предложенные вам вопросы. Получение точных и правдивых данных позволит наилучшим образом провести анестезию, а это, в свою очередь, обеспечит достижение желаемых результатов операции. Любая информация имеет для нас только медицинское значение, поэтому сокрытие каких-либо фактов, относящихся к состоянию здоровья вашего ребёнка, неполные ответы на вопросы врача, невнимательное заполнение анкеты может повлечь за собой непредсказуемые последствия! Мы гарантируем, что полученная от Вас информация является конфиденциальной и разглашению не подлежит.

(Фамилия, Имя, Отчество ребёнка)

Дата рождения: « ____ » _____ года Вес: _____ кг. Рост: _____ см.

Особенности течения беременности и родов

Обострение хронических заболеваний во время беременности да нет

Патология беременности (отёки, повышение артериального давления, белок в моче, патологическая прибавка в весе, преждевременное старение плаценты) да нет

Угроза прерывания беременности на каком сроке беременности: да нет

Лечение в стационаре во время беременности да нет

Операции во время беременности да нет

Наличие хронических инфекций у матери: гепатит В, гепатит С, венерические заболевания, «скрытые» инфекции да нет

Перенесённые заболевания во время беременности: нет

Роды срочные да нет

Роды преждевременные, при сроке беременности _____ недель да нет

Роды самостоятельные да нет

Кесарево сечение плановое да нет

Кесарево сечение по экстренным показаниям со стороны матери да нет

Кесарево сечение по экстренным показаниям со стороны ребёнка да нет

Оценка по шкале W. Apgar, баллов _____

Вес ребёнка при рождении, грамм _____

Лечение в отделении интенсивной терапии да нет

Лечение в отделении патологии новорожденных да нет

Выписан из больницы в возрасте _____

Диагноз при выписке: _____

Особенности физического и психического развития ребёнка:

Предыдущие госпитализации: нет

Операции с общей анестезией да нет

Осложнения и трудности анестезии да нет

Сложный венозный доступ да нет

Трудная интубация да нет

Послеоперационная тошнота и рвота да нет

Необычные реакции на препараты для анестезии: нет

Переливание препаратов крови да нет

Другое (указать): нет

Семейный анестезиологический анамнез отягощён да нет

Необычные реакции на пищевые продукты у родителей: нет

Аллергические реакции у родителей: нет

Имелись (имеются) ли у вашего ребёнка следующие симптомы или проявления:

Судороги да нет

Аллергия на лекарственные препараты (перечислить, в чём проявляется) нет

Аллергия на травы, пыльцу растений, шерсть животных да нет

Аллергия или необычные реакции на пищевые продукты (в чём проявляется) нет

Изменения в шейном отделе позвоночника, нарушение кровотока по сосудам шеи да нет

Мышечная слабость или мышечная дистрофия да нет

Нарушения сердечного ритма, шумы в сердце да нет

Частые простудные заболевания (более 4 раз в год) да нет

Другие (указать): нет

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

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

Носите ли ваш ребёнок контактные линзы? да нет

Когда прививался в последний раз? _____

Есть ли в настоящее время простуда? да нет

Имеются ли у вашего ребёнка в настоящее время хронические заболевания?

Бронхолёгочная дисплазия да нет

Хронический бронхит да нет

Бронхиальная астма да нет

Эпилепсия (эписиндром) да нет

Сахарный диабет да нет

Врожденный порок сердца да нет

Болезни крови, анемия да нет

Заболевания соединительной ткани да нет

Другие заболевания, перечислите какие: нет

Состоите ли ваш ребёнок на учёте в специализированном медицинском 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: нет

Принимаете ли ваш ребёнок регулярно медицинские препараты?

Глюкокортикоиды да нет

Антибиотики да нет

Противосудорожные препараты да нет

Седативные (успокаивающие) препараты да нет

Инсулин да нет

Другие (указать): нет

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

Законный представитель ребёнка: родитель усыновитель опекун попечитель

Паспорт серия _____ номер _____ выдан _____

(Фамилия, Имя, Отчество)

(Подпись)

Дата заполнения « ____ » _____ 201 ____ года

Время « ____ » часов « ____ » минут