

# KONSULTACJA ANESTEZJOLOGICZNA

(wypełnia pacjent)

Pacjent:.....

Wiek:.....

**1.Leczenie** Nie

**2.Operacje** Nie

**3.Powikłania po znieczuleniu:**

Pacjent: .....Nie

Krewni: ..... Nie

**4.Choroby mięśni**

Pacjent: ..... Nie

Krewni: ..... Nie

**5.Nadciśnienie tętnicze** Tak Nie

RR.....

**6.Choroby serca** Nie

**7.Choroby płuc i oskrzeli** Nie

**8.Choroby wątroby** Nie

**9.Choroby nerek** Nie

**10.Cukrzyca** Tak Nie

**11.Żylaki kończyn dolnych** Tak Nie

**12.Choroby układu nerwowego** Nie

**13.Choroby psychiczne** Nie

**14.Uczulenia** Nie

**15.Inne choroby, urazy** Nie

**16.Papierosy** Tak Nie

**17.Badania – uwagi**

ASA.....

Pacjenta zakwalifikowano do znieczulenia

.....  
Podpis anestezjologa