

INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ
INSTITUTUL ONCOLOGIC

CHESTIONAR PREANESTEZIC

Data examinării _____

Numele, prenumele pacientului _____

Anul nașterii _____

Dvs. Ați fost în ultimul timp, sau vă aflați la moment sub îngrijire medicală? ____ NU/DA

Dacă da, pentru ce boli? _____

La moment urmați un tratament oarecare? _____ NU/DA

Dacă da, ce fel de medicamente? _____

• Ați mai fost operat? _____ NU/DA

• Anul/tipul de operație indicați mai jos: _____

• Au fost oarecare particularități la anestezie? _____ NU/DA

• Aveți careva alergii (alimentare, medicamentoase, rinită) _____ NU/DA

Dacă da, specificați la ce medicament? _____

Cum s-a manifestat alergiile?:

Erupții cutanate _____

Șoc anafilactic _____

Edem Quincke _____

Altele _____

Dacă da, care _____

• Ați mai primit transfuzii de componente sanguine? _____ NU/DA

• Ați avut complicații la transfuzii? _____ NU/DA

ȘTIȚII, CĂ SUFERIȚI DE:

• Boli musculare _____ NU/DA

• Boli cardiace _____ NU/DA

1. Infarct miocardic _____ NU/DA

2. Bătăi neregulate ale inimii, palpitații _____ NU/DA

3. Hipertensiune arterială _____ NU/DA

4. Edeme ale membrelor _____ NU/DA

5. Oboseală la urcatul scărilor _____ NU/DA

6. Dureri în piept _____ NU/DA

7. Altele _____

• Boli vasculare (arteriopatii, varice, tromboze) _____ NU/DA

• Boli respiratorii:

1. TBC _____ NU/DA

2. Pneumonii _____ NU/DA

3. Bronșite _____ NU/DA

4. Astm bronșic _____ NU/DA

5. Altele _____

• Boli hepatice:

1. Hepatită _____ NU/DA

2. Ciroză _____ NU/DA

3. Altele _____

- Boli renale:

1. Pielonefrită _____ NU/DA
2. Glomerulonefrită _____ NU/DA
3. Litiază renală _____ NU/DA
4. Pentru bărbați – hiperplazia prostatei _____ NU/DA
5. Altele _____

- Diabet zaharat _____ NU/DA

- Boli glandei tiroide _____ NU/DA

- Boli oftalmologice:

1. Glaucom _____ NU/DA
2. Cataracta _____ NU/DA
3. Cecitate (orbire) _____ NU/DA
4. Altele _____

- Boli neurologice:

1. Ictus cerebral _____ NU/DA
2. Epilepsie _____ NU/DA
3. Paralizie _____ NU/DA
4. Altele _____

- Prezența patologiei coloanei vertebrale _____ NU/DA

- Boli psihiatrice:

1. Depresii _____ NU/DA
2. Altele _____

- Boli osteoarticulare:

1. Spondiloze _____ NU/DA
2. Artrită _____ NU/DA
3. Altele _____

- Dvs. sau membrii familiei au avut complicații legate de sângerări, hemoragii în urma tăieturilor simple sau operații, ce au fost greu de oprit? _____ NU/DA

1. Dacă da, descrieți _____

- Ați observat că pot apărea vânătăi pe suprafața corpului fără o cauză anumită?

_____ NU/DA

- Aveți alte boli? _____ NU/DA

- Fumați regulat? _____ NU/DA

▪ Dacă DA, Câte țigări pe zi _____ timp de _____ ani

- Consumați alcool? _____ NU/DA

▪ Dacă DA, Cantitatea în săptămână _____

La moment sunteți răcit? _____ NU/DA

- Pentru femei – sunteți însărcinată (gravidă)? _____ NU/DA

- Alte particularități: _____