



## KÉRDŐÍV ALTATÁSRA, VEZETÉSEL ÉS REGIONÁLIS ÉRZÉSTELÉNÍTÉSRE

Neve: .....

Születési ideje: .....év .....hónap .....nap **TAJ-száma:** .....

Testmagassága: .....cm **Testsúlya:** .....kg

Foglalkozása/-i (korábbiak is) .....

Állt az utóbbi időben (elmúlt 1 év) orvosi kezelés alatt? igen nem

Milyen megbetegedés/-ek miatt?.....

A műtétre vonatkozó felvilágosítást megkapta? igen nem

A tervezett műtét (beavatkozás) típusa .....

Jelenleg terhes? igen nem

Rendszeresen szed gyógyszereket, gyógyhatású készítményeket? igen nem

Ha igen, sorolja fel! (említsen meg a következőket is: fájdalomcsillapító, altató, nyugtató, hashajtó, fogamzásgátló!).

.....

.....

Jelenleg van valamilyen fertőzése? (pl. láz, torokfájdalom, köhögés) igen nem

Igazolt COVID-19 fertőzés az elmúlt 1 évben? igen nem

Magyarországon nem kötelező védőoltások? (pl. influenza, utazás) igen nem

COVID-19 oltások? igen nem

Ha igen, sorolja fel (időponttal)! .....

A korábbi műtét során volt valamilyen említésre méltó esemény az altatással, a regionális vagy a helyi érzéstelenítéssel kapcsolatban? (pl. fejfájás, hányinger) igen nem

Ha igen, mi volt ez? .....

Volt valamilyen említésre méltó esemény vérrokonainál az altatással, a regionális vagy a helyi érzéstelenítéssel kapcsolatban? (pl. gyógyszerallergia, újraélesztés) igen nem

Korábban kapott vérátömlesztést? igen nem

Ha igen, történt valamilyen szövődemény? igen nem

Gyógyszerallergia? igen nem

Ha igen, nevezze meg.....

Egyéb allergia? (húzza alá a megfelelőt!) Nincs Por Étel Ragtapasz Egyéb

Vérnyomásával problémák? (pl. alacsony, magas, „ingadozó”) igen nem

Anyagszere-betegségek? (pl. cukorbetegség, magas vérzsír, kösvény) igen nem

Cukorbetegség esetén húzza alá a megfelelőt! Inzulinfüggő Gyógyszerrel kezelt Diéta Egyéb

Képes az otthoni tevékenységek ellátására? (pl. takarítás, mosogatás) igen nem

Képes bevásárlás után fél emelet (kb. 8-10 db lépcső) megtételére? igen nem

Szívbelhártya, szívizomzat megbetegedés? (pl. gyulladás) igen nem

Szívkoszorúér megbetegedés? (pl. szűkület, infarktus, stent, műtét) igen nem

Mellkasi fájdalom, fulladás, lábdagadás (bokavizenyő)? igen nem

Szívbillentyű megbetegedés? (pl. szűkület, elégtelenség, műbillentyű)	igen	nem			
Szívrítmuszavar? (pl. szapora, ritka, ritmustalan, kihagyás/ -ok)	igen	nem			
Szívrítmus szabályozó (pacemaker), szívritmus visszaállító (ICD)?	igen	nem			
Tüdő- és légúti megbetegedések?	igen	nem			
<b>Ha igen, húzza alá a megfelelőt!</b>	Asztma	Tüdőtágulat	Idült höröggyulladás	Egyéb	
Horkolás, illetve légzéskimaradás alvás során?	igen	nem			
Májbetegségek, epepanaszok?	igen	nem			
Gyomor-/ nyombélfekély, tápcsatornai vérzés?	igen	nem			
Emésztési zavarok? (pl. puffadás, hányás, hasmenés, székrekedés?)	igen	nem			
Vesebetegségek, vizeletürítési zavarok?	igen	nem			
Pajzsmirigybetegségek? (pl. golyva, túlműködés, alulműködés)	igen	nem			
Szembetegségek? (pl. szürkehályog, zöldhályog)	igen	nem			
Idegrendszeri bántalmak? (pl. epilepszia, bénulások, eszméletvesztés)	igen	nem			
Pszichiátriai betegségek? (pl. depresszió, pánik, fóbia, kényszer)	igen	nem			
Izombetegségek, izomgyengeség? (pl. izomsorvadás, myasthenia)	igen	nem			
Csont- és ízületi betegségek? (pl. ízületi panaszok, gerincbetegség)	igen	nem			
Mélyvénás trombózis, tüdőembólia?	igen	nem			
Egyéb véralvadási zavarok? (pl. hajlam orrvérzésre, egyéb vérzésre)	igen	nem			
A vér alvadását befolyásoló gyógyszerek szedése?	igen	nem			
Szenved valamilyen más, meg nem említett betegségben?	igen	nem			
<b>Ha igen, nevezze meg.....</b>	.....				
Egyéb említésre méltó korábbi események? (pl. műtét, baleset)	igen	nem			
<b>Igen válasz esetén kitöltendő (időponttal).....</b>	.....				
<b>Fogazata? (a megfelelő válasz aláhúzendó!)</b>	Ép	Pótolt	Mozgó	Műfogsor	Egyéb
Dohányzás? (korábban, jelenleg)			igen	nem	
Rendszeres alkoholfogyasztás? (korábban, jelenleg)			igen	nem	
Hallókészülék, szemüveg, kontaktlencse, testékszer, műköröm?			igen	nem	
<b>Esetleges további kérdéseim az altatórvoshoz.....</b>	.....				

A fenti adatok hitelesek, nem hallgattam el olyan adatot / információt a tájékoztatást végző orvos elől, amely befolyásolhatná az érzéstelenítés és / vagy az általános érzéstelenítés (altatás) kimenetelét.

Vác, 202...év.....hónap .....

.....  
Aláírás

(a kérdőívet kitöltő beteg, illetve törvényes képviselője  
vagy a nyilatkozattételre jogosult cselekvőképes személy)