

WYWIAD PRZEDOPERACYJNY z opiekunami prawnymi dziecka

Nazwisko i imię dziecka:

Data urodzenia:

Moje dziecko jest ogólnie zdrowe	TAK/NIE
Urodziło się o czasie / przedwcześnie / po czasie	TAK/NIE
W okresie noworodkowym chorowało na (proszę zakreślić)	TAK/NIE
przedłużoną żółtaczkę	TAK/NIE
zakażenie okołoporodowe	TAK/NIE
inne.....	
Moje dziecko chorowało na następujące choroby (proszę zakreślić):	
żółtaczkę zakaźną	TAK/NIE
astmę	TAK/NIE
gruźlicę	TAK/NIE
zapalenie płuc	TAK/NIE
częste nieżyty dróg oddechowych	TAK/NIE
częste anginy	TAK/NIE
nadczynność/ niedoczynność tarczycy	TAK/NIE
nadczynność/ niedoczynność nadnerczy	TAK/NIE
schorzenia nerek	TAK/NIE
chorobę reumatyczną	TAK/NIE
padaczkę	TAK/NIE
choroby lub wady kręgosłupa	TAK/NIE
krwawienia z nosa	TAK/NIE
ma ruszające się zęby	TAK/NIE
nosi szkła kontaktowe	TAK/NIE
było w ostatnich 6 tygodniach szczepione	TAK/NIE

Moje dziecko jest pod stałą opieką specjalisty jakiego?od kiedy?.....

Moje dziecko było operowane na.....kiedy?.....

Moje dziecko przebywało w szpitalu, kiedy? z jakiego powodu?.....

Moje dziecko było usypiane, kiedy narkozę zniósł: dobrze/źle.

Moje dziecko bierze stale następujące leki.....

Okresowo następujące leki.....

Moje dziecko jest uczulone na: leki.....jodynę, plaster,

Moje dziecko ma wady wrodzone

Rozwój dziecka przebiega prawidłowo.....

inne.....

Wydolność fizyczną mojego dziecka oceniam w skali od 1 do 10 na.....pkt.

Oświadczam, że podane informacje są zgodne z prawdą. W razie powikłań związanych z nie ujawnieniem pełnych danych o stanie zdrowia mojego dziecka nie będę rościć pretensji.

Oświadczam również, że moje dziecko nie jadło od godziny....., a nie piło od godziny

Rozumiem, że jeśli nie jest to prawdą, to narażam jego zdrowie i życie, i oświadczam, że nie będę rościć pretensji do lekarza anestezjologa w razie zachłyśnięcia treścią pokarmową.

Wyrażam zgodę na znieczulenie ogólne mojego dziecka przez dr

.....
podpis i pieczęć lekarza

Babice Nowe, dnia.....r.

.....
podpis opiekunów prawnych dziecka