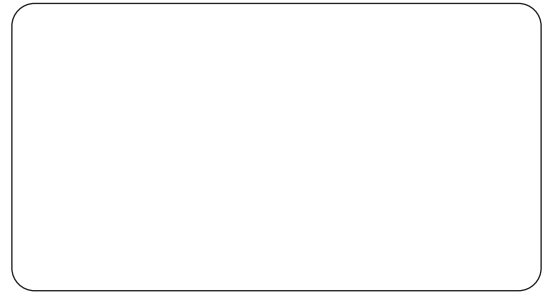


Анкета на тему состояния здоровья



Вопрос	Да	Нет	Поясните
1. Страдаете ли Вы от сердечных заболеваний? (инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, электрокардиостимулятор, катетеризация)			Отметьте, какое именно заболевание, и дату пройденного Вами вмешательства
2. Страдаете ли Вы от высокого кровяного давления?			
3. Страдаете ли Вы от диабета?			
4. Страдаете ли Вы от легочного заболевания? (астма, бронхит)			
5. Страдаете ли Вы от заболеваний пищеварительных путей? (изжога, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь)			
6. Страдаете ли Вы от заболевания почек? (почечная недостаточность, камни, хроническое заболевание)			
7. Страдаете ли Вы от заболеваний нервной системы? (конвульсии)			
8. Страдаете ли Вы от мышечных заболеваний?			
9. Есть ли у Вас помехи в механизме свертывания крови? (кровотечения, кровоподтеки)			
10. Принимаете ли Вы лекарства от свертывания крови? (разжижающие кровь)			Отметьте, какие лекарства
11. Вы беременны?			
12. Лечитесь ли Вы с помощью психиатрических лекарств?			Отметьте, каких лекарств
13. Являетесь ли Вы ВИЧ носителем, больны ли Вы желтухой, В, С, циррозом печени?			Отметьте
14. Есть ли у Вас другие заболевания, не отмеченные в анкете?			Отметьте, какие
15. Пользуетесь ли Вы наркотиками?			
16. Постоянное потребление алкоголя			Сколько рюмок в день
17. Страдали ли Вы за последние две недели от гриппа, простуды?			
18. Чувствительность к лекарствам?			
19. Чувствительность к латексу (LATEX)?			
20. Вы курите?			
21. Способны ли Вы подняться на второй этаж по ступенькам?			
22. Апноэ во сне (храп)			

23. Прошлые операции?			
24. Осложнения во время анестезии при прошлых операциях?			
25. Прошлая госпитализация?			
26. Состояние зубов– есть ли у Вас коронки/зубные протезы/ имплантанты			
27. Принимаете ли Вы постоянно лекарства?			Отметьте _____ _____ _____

Настоящим я декларирую, что все переданные мною ответы являются правильными

Дата: _____

Подпись пациента/ пациентки: _____