

Jméno, příjmení, titul: **Pojišťovna:**

Datum operace: **výška** cm **váha** kg **Telefon:**

Prodělal/a jste v posledních 14 dnech infekční onemocnění (rýma, kašel, teplota, zápal plic, opar, ...) nebo došlo ke změně zdravotního stavu? ☐ ANO jaké ☐ NE

Léčíte se nebo léčil/a jste se s nějakým onemocněním? ☐ ANO ☐ NE, pokud ne, pokračujte částí B.

Pokud se léčíte nebo jste prodělal/a některé z níže uvedených onemocnění, označte jej křížkem (X):

Část A

- | | | | | |
|---|---|---|--|---|
| Neurologické: | ☐ mozková příhoda | ☐ roztrouš. skleróza | ☐ epilepsie | ☐ bolest zad |
| ☐ obrna nervů | ☐ myastenie gravis | ☐ snížená citlivost části/í těla či končetin | ☐ jiné | |
| Kardiovaskulární: | ☐ vysoký krevní tlak | ☐ srdeční infarkt | ☐ poruchy srdečního rytmu | |
| ☐ ischemie srdce | ☐ selhávání srdce | ☐ plicní embolie | ☐ srdeční vada | ☐ kardiostim. nebo ICD |
| ☐ křečové žíly | ☐ nedokrvění končetin | ☐ jiné | | |
| Endokrinologické a metabolické: | ☐ cukrovka | ☐ poruchy štítné žl. | ☐ záněty slinivky | |
| | ☐ vyšší cholesterol | ☐ jiné | | |
| Dýchacích cest: | ☐ astma | ☐ CHOPN | ☐ emfyzém (rozedma) | |
| ☐ syndrom spánkové apnoe | ☐ zápal plic | ☐ chron. bronchitida | ☐ jiné | |
| Krve a srážlivosti: | ☐ chudokrevnost | ☐ trombofilie | ☐ krvácivost | ☐ jiné |
| Oči: | ☐ zelený zákal | ☐ šedý zákal | ☐ slepota | ☐ jiné |
| Jater: | ☐ žloutenka (uveďte typ) | ☐ cirhóza (tvrdnutí jater) | ☐ jiné | |
| | ☐ zánět jater | ☐ jiné | | |
| Trávicího traktu: | ☐ žaludeční vředy | ☐ pálení žáhy | ☐ záněty střev | ☐ jiné |
| Ledvin: | ☐ ledvinové kameny | ☐ záněty ledvin | ☐ selhávání ledvin | ☐ jiné |
| Svalů a kostí: | ☐ změny páteře | ☐ zánětlivé kloubní a svalové onemocnění | | ☐ jiné |
| Psychiatrická: | ☐ úzkosti | ☐ deprese | ☐ schizofrenie | ☐ jiné |
| Nádorové: | ☐ ANO | ☐ NE | ☐ jaké | |
| Infekční: | ☐ ANO | ☐ NE | ☐ jaké | |
| Jste těhotná? | ☐ ANO | ☐ NE | ☐ uveďte týden | |
| Kojíte? | ☐ ANO | ☐ NE | | |

Část B

Cítíte při námaze nepřiměřenou dušnost či nepříjemné pocity za hrudní kostí?
☐ ANO jaké ☐ NE

Jaké činnosti bez problémů zvládnete?

- ☐ zvládnou: pohybovat se po bytě
- ☐ zvládnou: pomalou chůzi venku, lehkou domácí práci (např. vysávání, umytí nádobí)
- ☐ zvládnou: vyjít do schodů i do kopce
- ☐ zvládnou: rychlou chůzi, krátký běh (např. doběhnou MHD)

Podstoupil/a jste již anestezii?☐ ANO☐ NE

uveďte rok

druh výkonu a anestezie

případné komplikace

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Utrpěl/a jste vážné úrazy?☐ ANO

jaké

☐ NE**Pijete alkohol (pivo, víno, destiláty)?**☐ ANO

jak často

☐ NE**Kouříte (druh a množství)?**

.....

Užíváte drogy?☐ ANO

jaké

☐ NE**Užíváte pravidelně nějaké léky?**☐ ANO☐ NE

Uveďte prosím jejich název a dávkování:

.....

.....

.....

.....

Máte alergie?☐ ANO

jaké

☐ NE**Dostal/a jste transfuzi nebo krevní deriváty?**☐ ANO ☐ NE

Pokud ANO, byly nějaké komplikace?

☐ ANO

jaké

☐ NE

Mohou Vám být podány krevní deriváty?

☐ ANO ☐ NE**Máte všechny zuby pevné?**☐ ANO☐ NE**Trpíte nějakou, zde neuvedenou nemocí?**☐ ANO☐ NE

Pokud ano, uveďte jakou

Souhlasné prohlášení

Beru na vědomí veškerá rizika, která plynou jak z uvedení nepravdivých údajů o mém zdravotním stavu, tak z nedodržení lékařských pokynů (např. vdechnutí zvratků při nedodržení lačnění).

Podpisem stvrzuji, že jsem byl/a informován/a o tom, že v den operačního výkonu je doporučeno:

- Zkrátit nebo oholit vousy
- Odstranit make-up a jiná líčidla
- Odstranit veškeré šperky včetně piercingu
- Před výkonem odložit kontaktní čočky, sluchadlo, zubní protézu, snímatelná rovnátka aj.

Datum:

Podpis pacienta/ky nebo zákonného zástupce: