**Dotazník pred predoperačným vyšetrením**

**Meno:**

**Zdravotná poisťovňa: Rodné číslo:**

**Adresa: Telefón:**

– dotazník bude súčasťou lekárskej dokumentácie.

Aká operácia má byť vykonaná? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aký je predpokladaný termín operačného výkonu? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prekonali ste infekčné ochorenie v posledných 4 týždňoch? Áno – Nie

Mali ste v posledných 3 týždňoch zvýšenú teplotu? Áno – Nie

Boli ste v posledných 3 týždňoch v zahraniční? Boli ste v kontakte s človekom, prichádzajúcim z rizikových oblastí pre COVD-19? Áno- Nie

Zadýchate sa pri námahe? Áno- Nie

Mávate bolesti na hrudníku? Áno - Nie

Mávate opuchy alebo bolesti dolných končatín? Áno – Nie

Liečite sa na uvedené ochorenia? Ak áno, vypíšte názvy ochorení.

Liečite sa na ochorenia obličiek?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Liečite sa na ochorenia pečene?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Liečite sa na onkologické ochorenie?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Liečite sa na ochorenia pľúc?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Liečite sa na vysoký tlak?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Liečite sa na ochorenia srdca alebo ciev?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Liečite sa na hematologické/poruchu krvotvorby?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Liečite sa na neurologické ochorenia?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Liečite sa na endokrinologické ochorenia?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ste v sledovaní špecialistov ? (Internista / Kardiológ / Gastroenterológ / Endokrinológ ?)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mali ste už operáciu v celkovej anestézii? Áno – Nie

Vypíšte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aké lieky pravidelne/príležitostne beriete?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beriete: Anopyrin, Clopidogrel, Prasugrel, Pradaxu, Xarelto, ELiquis, Lixiana, warfarin, ticlopidin, vessel due alebo iný liek na „riedenie krvi“ ? Áno – Nie

Boli ste už niekedy hospitalizovaný v nemocnici? Áno – Nie

rok/ dôvod hospitalizácie­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Máte alergiu na lieky, prípadne iné látky? Vypíšte ich názvy. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fajčíte? Áno – Nie

Máte tetovanie, piercing? Áno- Nie

Pre ženy: počet pôrodov: potratov: Posledná menštruácia:

Posledná návšteva gynekológa: Vek nástupu menopauzy:

**Stanovenie rizika krvácania**

1. Objavuje sa u Vás častejšie krvácanie z nosa?

(bez iných príčin ako suchý vzduch, zima, silné čistenie, nádcha) Áno-Nie

2. Máte zakrvácania (bez zranenia) do kože (hematómy),

alebo drobné výrony krvi v koži (petechie)? Áno- Nie

3. Objavuje sa u Vás krvácanie do kĺbov, mäkkých tkanív svalov? Áno- Nie

4. Pozorovali ste u seba dlhšie krvácanie po porezaní,

alebo zranení? Áno-Nie

5. Mali ste dlhšie alebo silnejšie krvácanie

po vytrhnutí zubov? Áno- Nie

6. Mali ste dlhšie krvácanie počas alebo po operáciách? Áno- Nie

7. Hoja sa Vám zle rany? Áno- Nie

8. Sú vo Vašej rodine prítomné krvácavé stavy? Áno- Nie

9. Beriete lieky na riedenie krvi?

(Aspirin, ASS, Anopyrin, Clopidogrel, Trombex, vessel due,

Warfarin, Pradaxa, Xarelto, Eliquis, Lixiana, Ticlodipin) Áno- Nie

10. Beriete lieky na bolesť, alebo na reumatické obtiaže?

(Aspirin, Voltaren, Nalgesyn, Napsin, Ibuprofen, iné ) Áno- Nie

11. Pre pacientky: Máte predĺžené (>7 dní), alebo zvýšené

menštruačné krvácanie (častá výmena tampónov, alebo vložiek)? Áno- Nie

Svojim podpisom potvrdzujem pravdivosť hore uvedených informácií,

…................…......................podpis pacienta