

Czy było skontaktowane z chorobą zakaźną w ciągu ostatnich 21 dni:
 - ospa wietrzna, – świnka, – odra, – różyczka, - koklusz
 TAK NIE

Czy było leczone z powodu choroby zakaźnej w ciągu ostatnich 30 dni?
 TAK NIE

Czy dziecko chorowało na żółtaczkę zakaźną (WZW typ B)? TAK NIE

Czy było szczepione przeciwko żółtaczce zakaźnej typu B? TAK NIE

Czy przyjmuje obecnie leki, witaminy? Jeśli TAK, proszę podać jakie?
 TAK NIE

Czy u dziecka występowały wysypki, pokrzywka, reakcje uczuleniowe po lekach lub innych substancjach? Jeśli TAK, to po jakich?
 TAK NIE

Czy u dziecka stwierdzono katar sienny? TAK NIE

Czy dziecko było już kiedyś leczone w szpitalu, operowane? Jeśli TAK, to proszę dostarczyć karty informacyjne i/lub napisać kiedy i dlaczego?
 TAK NIE

Czy dziecko było kiedykolwiek znieczulane? TAK NIE
 Czy obserwowano podczas znieczuleń (narkozy) jakieś szczególne reakcje?
 Jeśli tak, to jakie? TAK NIE

Czy u bliskich krewnych dziecka miały miejsca powikłania związane ze znieczuleniem (narkozą) ? TAK NIE

Czy Państwa dziecko miało przetaczaną krew? TAK NIE
 Czy towarzyszyły temu powikłania? TAK NIE

Czy dziecko ma skłonność:
 do krwawień np. z nosa, po drobnych urazach, zabiegach? TAK NIE
 do tworzenia rozległych siniaków TAK NIE
 Czy choruje na choroby związane z zaburzeniami krzepnięcia krwi?
 TAK NIE

Czy wśród krewnych dziecka choruje ktoś na choroby związane z zaburzeniami krzepnięcia krwi?
 TAK NIE

Czy dziecko sinieje przy wysiłku? TAK NIE

Czy odczuwa duszność przy wysiłku? TAK NIE

Czy dziecko choruje na astmę? TAK NIE
 Inne choroby dróg oddechowych? (np. zapalenia oskrzeli) TAK NIE

Czy u dziecka podejrzewano wadę serca, czy dziecko leczone było z powodu chorób serca czy układu krążenia?
 TAK NIE

Czy dziecko choruje na cukrzycę? TAK NIE

Czy ma zaburzenia hormonalne? (np. zaburzenia czynności tarczycy, nadnerczy, przysadki i inne) TAK NIE

Czy u dziecka lub wśród krewnych dziecka stwierdzono lub podejrzewano choroby mięśni?
 TAK NIE

Czy dziecko miało kiedykolwiek uraz głowy? TAK NIE

Czy u dziecka kiedykolwiek wystąpiły drgawki w czasie gorączki?
 TAK NIE

Czy kiedykolwiek wystąpiły drgawki niegorączkowe? Jeśli TAK, to kiedy ostatnio?
 TAK NIE

Czy u Państwa dziecka stwierdzono lub podejrzewano chorobę układu

nerwowego? Jeśli TAK, to jaką? TAK NIE

Czy jest lub było leczone z powodu chorób psychicznych? (nerwice, depresja)

TAK NIE

Czy dziecko ma chorobę oczu? Jeśli TAK, to jaką? TAK NIE

Czy dziecko ma wadę zgryzu, chwiejące się zęby, próchnicę, protezy, aparat ortodontyczny, inne? TAK NIE

Dodatkowe informacje (np. inne schorzenia, które tu nie zostały wymienione)

MASA CIAŁA

ZGODA NA ZNIECZULENIE DZIECKA

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że po wypełnieniu powyższego formularza i przeprowadzeniu rozmowy z anesteziologiem dotyczącej postępowania przed-, śród- i pooperacyjnego, zrozumiałam(em) wyjaśnienia i zadałam(em) wszystkie interesujące mnie pytania w szczególności dotyczące rodzaju znieczulenia, jego zalet i wad oraz możliwości powikłań. Na moje (nasze) pytania uzyskałam(em)(liśmy) całkowite i w pełni zrozumiałe wyjaśnienie. **NIE MAMY ŻADNYCH DAJSZYCH PYTAŃ. PO WNIKLIWYM NAMYSŁE WYRAŻAMY ZGODĘ NA ZASTOSOWANIE PROPONOWANEGO NASZEMU DZIECKU SPOSOBU ZNIECZULENIA I WYKONANIE ZABIEGÓW ZWIĄZANYCH ZE ZNIECZULENIEM WYJAŚNIONYCH NAM PRZEZ LEKARZA. ZGADZAM(Y) SIĘ RÓWNIEŻ NA UZASADNIONE MEDYCZNIE POSTĘPOWANIE TOWARZYSZĄCE (NP. PRZETOCZENIE PŁYNÓW, KRWI, PREPARATÓW KRWIOPOCHODNYCH, DODATKOWE WKŁUCIE DOŻYLNIE). Zgodę wyrażam w porozumieniu z drugim prawnym opiekunem dziecka.**

Zgłaszam następujące ograniczenia towarzyszącego postępowania medycznego

DATA _____ PODPIS(Y) OPIEKUNA(ÓW) _____ PODPIS LEKARZA _____

OŚWIADCZAM, ŻE DZIECKO NIC NIE JADŁO OD 6 GODZ. I NIE PIŁO OD 5 GODZ.

PODPIS(Y) OPIEKUNA(ÓW)

IMIE I NAZWISKO

DATA URODZENIA

ADRES

UWAGA! PROSZĘ O ZAKREŚLENIE WŁAŚCIWEJ ODPOWIEDZI **INFORMACJE PROSZĘ WPISYWAĆ DUŻYMI LITERAMI**

Czy Państwa dziecko prawidłowo się rozwija? TAK NIE

Czy często choruje? TAK NIE

Na jakie choroby?

„przeziębienia” TAK NIE

zapalenie migdałków TAK NIE

zapalenie oskrzeli, zapalenie płuc TAK NIE

inne?

Czy w ciągu ostatnich 3 tygodni? TAK NIE

Czy dziecko jest pod stałą opieką lekarza z powodu przewlekłej choroby?

TAK NIE

Jeżeli TAK to proszę podać z jakiego powodu.

Czy było szczepione w ciągu ostatnich :

3 dni: Di-Per-Te, Polio, Haemophilus

3 tygodni: świnka, różyczka, odra

6 tygodni: polio (postać doustna)

6 tygodni: gruźlica

TAK NIE