



KLINIČKA BOLNICA MERKUR
ODJEL ZA ANESTEZIJU, REANIMATOLOGIJU I INTENZIVNO LIJEČENJE
10000 Zagreb, Zajčeva 19
Telefon: (01) 22 53 358 fax: (01) 22 53 322

ANESTEZIOLOŠKI UPITNIK

Ako Vam je iz nekog razloga teško čitati ili pisati, zamolite svojeg obiteljskog liječnika da Vam pomogne.

Traženi podaci su važni za sigurno izvođenje anestezije, stoga na njih odgovorite iskreno!

Upitnik se ispunjava tako da se zaokruži odgovor DA ili NE te se detaljima ispune prazne "kućice".

PREZIME I IME : _____ DATUM ROĐENJA : _____

TJELESNA VISINA (cm) :

TJELESNA TEŽINA (kg) :

ALERGIJE

Jeste li ikada imali reakciju na neki lijek, pelud, prašinu, kozmetiku, hranu ili lateks?

DA NE

Na što?

TRUDNOĆA (pitanje za žene)

Postoji li mogućnost da ste trudni?

DA NE

LIJEKOVI I BILJNI PRIPRAVCI

Koristite li redovito neki lijek ili biljni pripravak?

DA NE

Ako koristite, ispunite tablicu u nastavku!

NAZIV Ime lijeka ili pripravka?	DOZA Od koliko mg je tableta?	VRIJEME UZIMANJA U koliko sati ga uzimate?

DOSADAŠNJE ANESTEZIJE

Jeste li do sada imali kakvu operaciju, ili ste zbog nekog drugog razloga bili podvrgnuti anesteziji?

DA NE

Za koji zahvat?

KOMPLIKACIJE TIJEKOM ANESTEZIJE

Je li tijekom izvođenja anestezije bilo kakvih problema?

DA NE

Jesu li u Vašoj bližjoj obitelji zabilježeni problemi u anesteziji (npr. maligna hipertermija)?

DA NE

Koji?

BORAVCI U BOLNICI

Jeste li ikada zbog nečega bili primljeni u bolnicu na liječenje?

DA NE

Zbog čega?

Koristite li kakva pomagala?

ZA POKRETANJE (<i>štap, štake, hodalice, kolica, ...</i>)	DA	NE
ZA DISANJE (<i>kisik, CPAP maska, ...</i>)	DA	NE
ZA SLUH (<i>slušni aparat, umjetna pužnica, ...</i>)	DA	NE
ZA VID (<i>naočale, leće, ...</i>)	DA	NE
ZUBNE PROTEZE → mobilne ili fiksne ? (zaokruži!)	DA	NE

Jeste li ikada imali neki od zdravstvenih problema navedenih u tablici?

BOLOVI U PRSIMA	DA	NE
GUŠENJE, OSJEĆAJ NEDOSTATKA ZRAKA	DA	NE
GUBITAK SVIJESTI	DA	NE
POVIŠENI KRVNI TLAK (<i>arterijska hipertenzija</i>)	DA	NE
POVIŠENI ŠEĆER U KRVU, INTOLERANCIJA GLUKOZE, ŠEĆERNA BOLEST, DIJABETES	DA	NE
BOLESTI KRVU (<i>anemija, tromboza, embolija, povećana sklonost krvarenju, ...</i>) <i>Koje?</i>	DA	NE
BOLESTI ŠTITNJAČE <i>Koje?</i>	DA	NE
BOLESTI SRCA (<i>srčani udar / infarkt, srčano popuštanje, operacije na srcu, stentovi, poremećaji srčanog ritma, pacemaker / elektrostimulator, kardioverter defibrilator, bolesti srčanih zalistaka, šum na srcu, ...</i>) <i>Koje?</i>	DA	NE
BOLESTI PLUĆA (<i>astma, kronični bronhitis, tuberkuloza, ...</i>) <i>Koje?</i>	DA	NE
BOLESTI JETRE ILI ŽUČI <i>Koje?</i>	DA	NE
BOLESTI BUBREGA <i>Koje?</i>	DA	NE
BOLESTI MOZGA ILI ŽIVACA (<i>moždani udar, epilepsija, multipla skleroza, tumori, oštećenja živaca, ...</i>) <i>Koje?</i>	DA	NE
BOLESTI KRVNIH ŽILA (<i>"začepljenje" žila, "proširenje" žila, aneurizme, operacije na žilama, ...</i>) <i>Koje?</i>	DA	NE
BOLESTI KOSTIJU, MIŠIĆA, ZGLOBOVA ILI KRALJEŽNICE <i>Koje?</i>	DA	NE
TUMORI DOBROĆUDNI ILI ZLOĆUDNI (<i>rak, karcinom, sarkom, ...</i>) <i>Koji?</i>	DA	NE
PSIHIČKE BOLESTI (<i>depresija, napadi panike, klaustrofobija, halucinacije, pokušaj samoubojstva, PTSP, ...</i>) <i>Koje?</i>	DA	NE
OVISNOST O OPOJNIM DROGAMA <i>Kojima?</i>	DA	NE
OVISNOST O ALKOHOLU	DA	NE
PUŠENJE <i>Koliko?</i>	DA	NE
TRANSFUZIJA KRVNIH PRIPRAVAKA	DA	NE
HEPATITIS (ZARAZNA ŽUTICA) A B C D E (zaokruži)	DA	NE
DRUGE ZARAZNE BOLESTI (<i>tuberkuloza, HIV, ...</i>) <i>Koje?</i>	DA	NE
Nešto drugo ?	DA	NE

Svojim potpisom potvrđujem da su svi podaci navedeni u ovom upitniku istiniti!

Datum: _____

Potpis bolesnika: _____

UPUTE ZA BOLESNIKE KOD KOJIH SE PLANIRA ZAHVAT U ANESTEZIJI

ODMAH NAKON ŠTO VAS JE LIJEČNIK NARUČIO NA ZAHVAT:

- ✓ ako koristite neki lijek koji djeluje na zgrušavanje krvi, obavezno o tome obavijestite liječnika koji izvodi zahvat! (Andol, Aspirin, Aska Pro, Cardipirin, DuoCover, DuoPlavin, Clopidogrel, Klopidogetrel, Anglicold, Zyllt, Farcet, Grepid, Iscover, Klopideks, Kogrel, Pigrel, Plavix, Marivarin, Martefarin, Xarelto, Runaplast, Eliquis, Pradaxa, Prasugrel, Efiend, Tagren, Brilique, ...)

... Ako ste naručeni na OPERACIJU, prije prijema u bolnicu je potrebno učiniti **pregled u anesteziološkoj ambulanti!**

... Ako ste naručeni na "MALI" ZAHVAT, anesteziološki pregled će biti učinjen neposredno prije zahvata (nakon prijema u bolnicu).

NA ANESTEZIOLOŠKI PREGLED (u anesteziološkoj ambulanti ili prije "malog" zahvata) DONIJETI:

- ✓ laboratorijske nalaze - ne starije od mjesec dana
→ KKS, PV, APTV i fibrinogen su dovoljni ako niste teže bolesni, a ne planira se operacija
→ ako se planira operacija potrebno je učiniti kompletnu laboratorijsku obradu
- ✓ EKG - ne stariji od 6 mjeseci
→ potrebno ako ste stariji od 40 godina, bolujete od povišenog krvnog tlaka, šećerne bolesti ili srčanih bolesti, ili ako se planira operacija
- ✓ Rtg c/p - ne stariji od 6 mjeseci
→ potrebno ako bolujete od težih bolesti srca ili pluća, ili ako se planira operacija
- ✓ nalaz krvne grupe s prezimenom koje odgovara prezimenu na zdravstvenoj iskaznici
- ✓ popis alergija (na lijekove, pelud, prašinu, kozmetiku, hranu ili lateks)
- ✓ popis lijekova koje koristite (naziv, doza i vrijeme uzimanja lijeka)
- ✓ ispunjeni anesteziološki upitnik
- ✓ svu medicinsku dokumentaciju koju posjedujete
(sve preglede specijalista te sva otpusna pisma ukoliko ste boravili u bolnici)
 - ✓ dokumentaciju posložiti po specijalnostima i kronološki (po datumu)

KOD PRIJEMA U BOLNICU DONIJETI:

- ✓ sve što je potrebno donijeti i na anesteziološki pregled (vidi iznad!)
- ✓ sve lijekove koje koristite (tablete, "pumpice", inhalatore, "injekcije", ...)
- ✓ sva pomagala koja koristite
→ ne zaboravite ponijeti pomagala za disanje tijekom spavanja (CPAP maska) ako ih koristite !

DAN PRIJE ZAHVATA:

- ✓ uzeti svu svoju kroničnu terapiju prema uobičajenom rasporedu (osim lijekova koji djeluju na zgrušavanje krvi)
- ✓ NE pušiti
- ✓ nakon ponoći (**8 sati prije zahvata**) NE jesti, NE piti, NE žvakati žvakaću gumu

JUTRO PRIJE ZAHVATA:

- ✓ u 6h uzeti svoju jutarnju terapiju (osim lijekova za šećernu bolest i lijekova koji djeluju na zgrušavanje krvi)
samo s jednim gutljajem vode !
- ✓ skinuti sav nakit i piercinge
- ✓ skinuti šminku i lak za nokte
- ✓ **pročitati** i potpisati "Suglasnost s postupkom primjene anestezije"

NEPOSREDNO PRIJE ZAHVATA:

- ✓ skinuti mobilne zubne proteze
- ✓ skinuti leće i naočale
- ✓ ako koristite slušni aparat, ponijeti ga sa sobom
- ✓ ako koristite "pumpice", ponijeti ih sa sobom

- Nakon uvida u Vašu medicinsku dokumentaciju i nalaze, a ovisno o Vašem zdravstvenom stanju i planiranom zahvatu, anesteziolog će Vam predložiti optimalnu vrstu anestezije.
- Anesteziolog može zahtijevati dodatne nalaze i obradu prije zahvata.
- U slučaju prisutne akutne bolesti, postoji mogućnost da će se zahvat morati odgoditi do poboljšanja Vašeg zdravstvenog stanja.

NAKON ZAHVATA:

- ✓ 2 sata NE piti tekućine
- ✓ 4 sata NE jesti
- ✓ 24 sata NE upravljati motornim vozilima
- ✓ osigurati pratnju i prijevoz za povratak kući (ne putovati javnim prijevozom)
- ✓ ne planirati putovanja duža od 30-ak minuta na dan zahvata
- ✓ ostatak dana mirovati
- ✓ u slučaju pogoršanja, javiti se u hitnu ambulantu

Svojim potpisom potvrđujem da sam pročitao/la gore navedene upute te da ću ih se pridržavati!

Datum: _____

Potpis bolesnika: _____

Ovu stranicu ispunjava anesteziolog!

Datum: _____

Vrijeme: _____

DIJAGNOZA:

ZAHVAT:

KRVNA GRUPA :

LAB :

EKG :

RTG c/p :

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| ☐ PRISTANAK ? | DA | NE |
| ☐ HRANA >6h ? | DA | NE |
| ☐ TEKUĆINA >2h ? | DA | NE |
| ☐ RESPIRATORNI INFEKT ? | DA | NE |
| ☐ ZUBNE PROTEZE ex ? | DA | NE |
| ☐ KLIMAVI ZUBI ? | DA | NE |

MET

NYHA

ASA

PREMIKACIJA:

KORIŠTENI LIJEKOVI:

TIJEK ANESTEZIJE:

Anesteziolog:
