

ანესთეზიოლოგიური პროპერაციული კითხვარი:

(ეს კითხვარი პაციენტს უნდა მიეწოდოს მასთან პირველი გასაუბრების დროს)

პაციენტის საიდენტიფიკაციო დეტალები:

სახელი, გვარი: _____ ასაკი: ___ წ; სქესი: მამრ; მდედრ
მისამართი: _____ ტელ: _____
კლინიკა: _____ ანესთეზიოლოგი: _____
დაგეგმილი ოპერაცია: _____ თარიღი: _____
ქირურგი: _____ მკურნალი ექიმი: _____

თუ შეიძლება შეავსეთ ეს კითხვარი. იგი ჩვენ დაგვეხმარება მკურნალობის ოპტიმალური გეგმის შემუშავებაში. ყველაფერი, რაც აქ ჩაიწერება შეინახება, როგორც კონფიდენციალური სამედიცინო ინფორმაცია. არასწორმა ინფორმაციამ შეიძლება საფრთხე შეუქმნას თქვენს ჯანმრთელობას

პაციენტს მეურვე, ან სხვა პირი, რომელიც იცავს მის ინტერესებს: (არსრულწლოვანთათვის)

სახელი: _____
დაახლოებით რამდენია თქვენი წონა: _____ კგ; სიმაღლე: _____ სმ
იღებთ რაიმე წამლებს? (ინჰალატორების, თვალის წვეთების, კრემების და მცენარეული ნაყენების ჩათვლით) _____

ხართ თუ არა ალერგიული რაიმეს მიმართ? _____

გთხოვთ ჩამოთვალოთ ადრე გადატანილი ოპერაციები და გაუტკივარებები:

- 1) _____ წელი: _____
- 2) _____ წელი: _____
- 3) _____ წელი: _____
- 4) _____ წელი: _____

გადაიტანეთ თუ არა ქვემოთ ჩამოთვლილიდან ერთ-ერთი. (თუ კი გთხოვთ დააზუსტოთ)

- | | |
|--|----------------|
| 1 ნებისმიერი სახის გულის დაავადება (გულის ტკივილი, გულისცემის შეგრძნება, არითმია, გულის უკმრისობა, ცვლილებები ეკგ-ზე, გულის მანკი, ქოშინი მოცვენებით მდგომარეობაში, ან დატვირთვისას და სხვა) | არა / კი _____ |
| 2 მაღალი არტერიული წნევა | არა / კი _____ |
| 3 ნებისმიერი სახის ფილტვების დაავადება: (ასთმა, სუნთქვის გაძნელება, ბრონქიტი, პნევმონია, პლევრიტი, ტუბერკულოზი, ემფიზემა, ცვლილებები რენტგენზე, ხვრინვა და სხვა) | არა / კი _____ |
| 4 გქონიათ ოდესმე: | |
| ა) გულყრა / ეპილეფსია / გონების კრგვა | არა / კი _____ |
| ბ) თავის ტვინის ტრავმა, თავის ტკივილი | არა / კი _____ |
| გ) ინსულტი, მეტყველების მოშლა, სისუსტე ხელებში, ფეხებში, ან სახის კუნთებში | არა / კი _____ |
| დ) პრობლემები სმენის, მხედველობის, ან მეხსიერების მხრივ | არა / კი _____ |
| 5 გაწუხებთ თუ არა: | |
| ა) ღვიძლი (სიყვითლე, ჰეპატიტი, ციროზი, ქოლეცისტიტი) | არა / კი _____ |
| ბ) თირკმელები (კენჭები, უკმარისობა, დიალიზი) | არა / კი _____ |
| გ) კუჭ-ნაწლავი (მუცლის ტკივილი, წყლული, თიაქარი, გულმძვავა, ბოყინი, ფადართი, შეკრულობა, პანკრეატიტი, შავი განავალი) | არა / კი _____ |
| დ) ფარისებრი ჯირკვავი (ტოქსიური ჩიყვი, ჰიპოთირეოზი) | არა / კი _____ |
| ე) სისხლძარღვები (ვენების ვარიკოზული გაგანიერება, თრომბოზი, არტერიების შევიწროება, ანევიზმა) | არა / კი _____ |

- 6 დიაბეტი, ან შაქარი შარდში არა / კი _____
- 7 რევმატიზმი, რევმატოიდული ართრიტი არა / კი _____
- 8 სისხლნაჟღენთიები, ან სხვა სისხლის არა / კი _____
შედეგების პრობლემები
- 9 ანემია, ლეიკემია, თრომბები ფეხებში ან არა / კი _____
ფილტვებში და სისხლის სხვა პათოლოგია
- 10 ოდესმე თუ მკურნალობდით სისმსივნის არა / კი _____
საწინააღმდეგო ქიმიოპრეპარატებით
- 11 ეწევით, ან ეწეოდით? თუ კი რამდენს დღეში? არა / კი _____
სვამთ? თუ კი რამდენჯერ კვირაში? არა / კი _____
იღებთ თუ არა ნარკოტიკულ, ან სხვა არა / კი _____
აკრძალულ პრეპარატებს
- 12 ქალებს: ხართ ორსულად? არა / კი _____
იღებთ ჩასახვის საწინ. ტაბლეტებს? არა / კი _____
- 13 წარსულში იღებდით სტეროიდებს? არა / კი _____
(პრედნიზოლონი, დექსამეტაზონი)
- 14 თქვენ, ან თქვენი ოჯახის რომელიმე წევრს არა / კი _____
ჰქონია თუ არა პრობლემა ანესთეზიასთან დაკავშირებით?
- 15 არის თუ არა რაიმე, რის შესახებაც თქვენმა არა / კი _____
ანესთეზიოლოგმა უნდა იცოდეს?
- 16 გაქვთ თუ არა კულტურულ, ან რელიგიურ არა / კი _____
ფაქტორებთან დაკავშირებული მოთხოვნები?
- 17 გაქვთ თუ არა გათვითცნობიერებული, რომ არა / კი _____
ანესთეზიიდან 48 სთ-ის განმავლობაში არ უნდა დალიოთ ალკოჰოლური სასმელი, არ უნდა მართოთ მანქანა, ან სხვა მექანიზმები?
- 18 გჭირდებათ თუ არა თარჯიმანი? არა / კი _____
- 19 გაქვთ თუ არა ჩადგმული, გადაკრული, ან არა / კი _____
პროტეზირებული კბილები?
- 20 გაქვთ თუ არა გულის ხელოვნური არა / კი _____
პეისმეიკერი, ან სხვა ინპლანტანტი?
- 21 ატარებთ კონტაქტურ ლინზებს, ან მოსასმენ არა / კი _____
აპარატს?
- 22 სხვა სახის სერიოზული დაავადება, რომელიც არ არის ჩამონათვალში: _____

მხოლოდ ამბულატორიული პაციენტებისათვის:

გყავთ ვინმე ვინც მიგიყვანთ სახლში მანქანით?	არა / კი _____
გყავთ ახლობელი, რომელიც სახლში მოგივლით?	არა / კი _____
გაქვთ თუ არა ტელეფონი აუცილებლობის შემთხვევაში?	არა / კი _____

გაქვთ რაიმე შეკითხვა თქვენს ანესთეზიოლოგთან? _____
