

Προεγχειρητική φόρμα ασθενούς

Όνομα ασθενούς

Ημερομηνία γέννησης

Προτεινόμενη επέμβαση

Ύψος

Βάρος

Έχετε ή είχατε στο παρελθόν

Καρδιακή νόσο	NAI	OXI
Πόνο στο στήθος	NAI	OXI
Αρρυθμίες / βηματοδότη	NAI	OXI
Πρόπτωση μιτροειδούς	NAI	OXI
Καρδιακό φύσημα	NAI	OXI
Υψηλή αρτηριακή πίεση	NAI	OXI
Πρόσφατο κρυολόγημα / βήχα	NAI	OXI
Πνευμονική νόσο	NAI	OXI
Άσθμα / αναπνευστικό συριγμό	NAI	OXI
Βρογχίτιδα / εμφύσημα	NAI	OXI
Κάνει χρήση καπνού(πακέτα/ημερησίως)	<input data-bbox="997 1585 1246 1630" type="text" value="NAI"/>	OXI
Ιστορικό άπνοιας ύπνου	NAI	OXI
Νόσο των νεφρών	NAI	OXI
Νόσο του ήπατος / ίκτερο/ ηπατίτιδα	NAI	OXI
Διαφραγματοκήλη / οπισθοστερνικό καύσο / παλινδρόμηση	NAI	OXI
Αιμορραγία/ αιματολογικές νόσους/ αναιμία	NAI	OXI

Δρεπανοκυτταρική αναιμία	NAI	OXI
AIDS/HIV ή υποψία	NAI	OXI
Διαβήτη	NAI	OXI
Νόσο του θυρεοειδή	NAI	OXI
Επιληπτικές κρίσεις	NAI	OXI
Εγκεφαλικό	NAI	OXI
Άλλη πάθηση		
.....		
.....		
.....		

Είχατε ή έχετε

Πάρει κορτιζόνη/στεροειδή τους προηγούμενους 12 μήνες	NAI	OXI
Άσχημη αντίδραση σε προηγούμενη αναισθησία	NAI	OXI
Δύσκολη διασωλήνωση	NAI	OXI
Κακοήθη υπερθερμία	NAI	OXI
Άλλο συμβάν		
.....		
.....		
.....		

Λαμβάνετε

Αλκοόλ (ποσότητα)	<input type="checkbox"/> NAI	<input type="checkbox"/> OXI
Συνήθη φαρμακευτικά σκευάσματα (street drugs)	NAI	OXI
.....		
.....		
Άλλο		

