

Rodzaj znieczulenia

Ryzyko ASA RR, tętno

Premedykacja

Odchylenia w badaniach (rtg, ekg, inne)

Ocena trudności w intubacji:

Inne problemy:

Ryzyko zatorowo - zakrzepowe

Podpis i pieczęć lekarza

OŚWIADCZENIE PACJENTA I ZGODA NA ZNIECZULENIE

Dr przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą problem znieczulenia do operacji. Podczas tej rozmowy mogłam/mogłem pytać o wszystkie interesujące mnie problemy dotyczące rodzaju znieczulenia i związanego z tym ryzyka powikłań oraz o inne okoliczności, które mogą wystąpić przed i po operacji.

Nie mam więcej pytań.

Proszę o wykonanie u mnie znieczulenia ogólnego / regionalnego do zabiegu

Zgadzam się na towarzyszące zabiegowi postępowanie tj: infuzje płynów, transfuzje krwi własnej i obcej, niezbędne leki podawane w czasie i po zabiegu. Zgadzam się na uzasadnione medyczne zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezyjologicznego w tym zmianę rodzaju i zakres znieczulenia.

UWAGI PACJENTA

DATA PRZEPROWADZONEJ ROZMOWY

PODPIS PACJENTKI/PACJENTA

PODPIS I PIECZĘĆ LEKARZA

INFORMACJE O STANIE ZDROWIA

1. Data badania:
2. Symbol badania:
3. Numer rundy skryningu:
4. Pierwsza miesiączka (wiek):..... ostatnia miesiączka (wiek):
5. Jeśli Pani rodziła, ile miała Pani lat podczas pierwszego porodu?
6. Czy przyjmuje Pani preparaty hormonalne?
- nie dawniej obecnie powyżej 5 lat jakie?:.....
7. Czy bada Pani sobie piersi sama? nie co miesiąc czasami
8. Czy w ostatnim roku badał Pani piersi lekarz? nie tak
9. Mutacja: nie tak
10. Czy u Pani krewnych wystąpił rak piersi? nie tak
- u matki nie tak (przed 50-tym rokiem życia) tak (po 50-tym roku życia)
- u siostry: nie tak (przed 50-tym rokiem życia) tak (po 50-tym roku życia)
- u córki: nie tak
- u innych krewnych (podać pokrewieństwo):
11. Czy występują u Pani dolegliwości lub zmiany w piersiach? nie tak
- w której piersi: prawa lewa
- jakie zmiany: ból guzek, zgrubienie wciągnięcie brodawki
- wyciek z brodawki zmiany na skórze piersi
- zabieg chirurgiczny w obrębie piersi
- inne objawy (proszę podać jakie):.....
12. Czy miała Pani kiedykolwiek wykonywaną mammografię? nie tak
- jeśli tak – w którym roku było ostateczne badanie?.....
- jeśli tak – ile było wszystkich mammografii?
13. Uwagi.....

ANKIETA DLA KOBIET
OBJĘTYCH PROGRAMEM WCZESNEGO WYKRYWANIA RAKA PIERSI
(prosimy wypełniać drukowanymi literami)

Nr identyfikacyjny badania:

1. Nazwisko: 5.
miejsce zamieszkania
2. Imię: 6. Gmina / dzielnica:
3. Data urodzenia: 7. Ulica:
4. PESEL: □□□□□□□□□□ 8. Nr telefonu:.....
9. Czy wyraża Pani zgodę na przekazywanie informacji poprzez SMS lub e-mail? TAK / NIE
10. Nr telefonu komórkowego:.....
11. Adres e-mail:
12. Zajęcie: uczeń pracownik umysłowy pracownik fizyczny
 rolnik emeryt / rencista inny
13. Wykształcenie: niepełne podstawowe podstawowe zas. zawodowe
 średnie niepełne wyższe wyższe
14. Informację o badaniach profilaktycznych uzyskała Pani od:
- lekarz POZ zaproszenie SMS
 lekarz specjalista imienne zaproszenie otrzymane pocztą
 położna lub pielęgniarka środowiskowa inne źródła
 prasa, radio, telewizja, internet

24-1

2-22

.....

(nazwa komórki organizacyjnej)

strona

m-c										Podpis kierownika kom. org.	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0		
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												
Symbol dni												
Razem dni	C	C _s	K	M	P	S	O	R	U	N	W	

Razem spóznienia usprawiedliwione - min.

nieusprawiedliwione - min.

24-2

1-18

.....
(nazwa komórki organizacyjnej)

strona

20											Podpis kierownika kom. org.
	m-c	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												
Symbol dni												
Razem dni	C	C _s	K	M	P	S	O	R	U	N	W	

Razem spóźnienia usprawiedliwione - min.
nieusprawiedliwione - min.