



CHESTIONAR PREOPERATOR

NUME PACIENT :

VÂRSTA :

	DA	NU	NU ȘTIU
1. Luați de regulă unul dintre următoarele medicamente ?			
a. Aspirină, Aspenter etc.			
b. Anticoagulante: Trombostop, Sintrom etc.			
c. Antiaritmice cardiace: Diltiazem, Verapamil, Propanolol, Amiodaronă, etc.			
d. Diuretice: Furosemid, Spironalactonă etc.			
e. Digitalice: Digoxin etc.			
f. Antihipertensive			
g. Imunosupresive: Ciclofosamidă, Ciclosporină, Azathioprină, Methotrexat etc.			
h. Steroizi: Prednison, Prednisolon etc.			
2. Sunteți sau ați fost tratat pentru cancer cu chimioterapie sau radioterapie ?			
3. Aveți probleme cu :			
a. Ficatul (ciroză, hepatită, icter, malarie) ?			
b. Rinichii (litiază, infecții, insuficiență renală-dializă) ?			
c. Splina ?			
d. Sângele (anemie, leucemie) ?			
4. Aveți (dvs. sau familia dvs.) probleme cu sângerarea (din nas, la dentist, accidente, după operații, la spălatul pe dinți etc.) ?			
5. Ați avut vreodată vărsături în „zaț de cafea” sau scaune negre/roșu aprins și moi ?			
6. Ați primit vreodata transfuzii ?			
7. Aveți diabet zaharat ?			
8. Vomitați mai mult de o dată pe noapte ?			
9. Aveți crampe musculare ?			
10. Aveți probleme cardiace (dureri, palpitații, aritmii bătăi anormale, istoric infarct) ?			
11. Aveți probleme respiratorii (astm, bronșită, respirație dificilă, fumat cronic, emfizem etc.) ?			
12. Tușiți și dacă da, expectorați ?			
13. Ați venit recent în contact cu cineva bolnav de hepatită ?			
14. Sunteți gravidă ?			
15. Aveți epilepsie sau convulsii ?			
16. Aveți probleme la coloana vertebrală ?			
17. Ați avut probleme (dvs. sau rudele dvs. de sânge) legate de o operație sau anestezie anterioară ?			
18. Ați pierdut recent brusc din greutate fără o cauză aparentă ?			
19. Sunteți programat pentru o operație ?			
20. Ați avut recent (sau suferiți acum de) febră, viroze, răceli ?			
21. Sunteți la ciclu menstrual ?			
22. Ce medicamente vă administrați în prezent ?			
1.			
2.			
Altele :			

Data:

Semnătura: