

Anesthesievragenlijst voor volwassenen (Poolse versie)/ Kwestionariusz anestezyjologiczny dla dorosłych (wersja polska)

Niniejszy formularz należy wypełnić i zabrać ze sobą na badanie przedoperacyjne (PPO)

Pamiętaj o swojej aktualnej liście leków (Actueel Medicijn Overzicht - AMO) Lekarz musi być poinformowany o tym, jakie leki przyjmuje pacjent. Dlatego na wizyte w szpitalu należy ze sobą zabrać aktualną listę leków Actueel Medicijn Overzicht (AMO). Uwaga: **Pacjent jest zobowiązany przedłożyć na wizycie konsultacyjnej PPO aktualną listę zazywanych leków (AMO). W przeciwnym przypadku, specjalista nie będzie mógł wykonać badania.** Listę taką pacjent może odebrać w swojej aptece, tak aby jej treść można było jeszcze omówić. **Pacjent powinien skontrolować listę leków AMO pod kątem leków, które aktualnie przyjmuje i w razie potrzeby, uzupełnić ją. Przy wypisie ze szpitala pacjent otrzyma nową listę leków AMO.** W razie potrzeby, pacjent otrzyma stosowną receptę. To tzw. recepta AMO-R. Z recepty AMO-R należy udać się do apteki. Na jej podstawie zostaną wydane nowe leki. Formularz wypełniono: (dnia)

(formulier ingevuld op: (datum))

1. Umożliwia uzyskanie bez recepty leki przeciwbólowe, które są? (Gebruikt u pijnstillers die zonder recept te verkrijgen zijn?) Tak Nie

2. Korzystać z dziurawca? (Gebruikt u St. Janskruid?) Tak Nie

3. Proszę zaznaczyć krzyżykiem, co dotyczy Czy zazywasz jakies leki? (Gebruikt u medicijnen?) Tak Nie

3a. Jeśli tak, zwróć się do swojej apteki o wydanie (bezpłatnie) wykazu zazywanych przez Ciebie leków i dołącz ją do tego kwestionariusza.

(Zo ja, vraag dan een gratis overzicht van uw medicijnen op bij uw apotheek en voeg deze bij de vragenlijst)

Nazwa leku i siła działania (wypełnia pacjent) <i>Naam medicijn en sterkte (Zelf invullen)</i>	Dawkowanie (wypełnia pacjent) <i>Dosering (Zelf invullen)</i>	Kontynuacja / przerwanie zazywania leku (wypełnia anestezyjolog) <i>Doorgaan/stoppen Anesthesioloog invullen)</i>
---	--	--

4. Czy byłeś/byłaś już operowany/a?
(Bent u eerder geopereerd?) Tak Nie

4a. Jeśli tak, kiedy? (Zo ja, waaraan?)

Operacja czego / choroba (Waarom/aandoening)
szpitala (Welk ziekenhuis)

Data (Wanneer) Nazwa

5. Czy kiedykolwiek w Twoim przypadku były problemy ze znieczuleniem lub znieczuleniem ogólnym (narkoza)? (*Heeft u ooit problemen gehad bij een verdoving of narcose*) Tak Nie

5a. Jeśli tak, jakiego rodzaju? (*Zo ja, welk probleem?*)

6. Czy leczysz się obecnie u lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty na inną chorobę? (*Bent u onder behandeling bij uw huisarts of specialist voor een andere aandoening?*) Tak Nie

6a. Jeśli tak, jaka? (*Zo ja, welke?*)

7. Czy jesteś uczulony/a na niektóre substancje, takie jak np. Antybiotyki / jodyna / lateks / guma / soja / orzechy? Tak Nie
(*Bent u overgevoelig voor bepaalde stoffen, bijvoorbeeld antibioticum /rubber / soja / pinda?*)

7a. Jeśli tak, jakie? (*Zo ja, waarvoor?*)

8. Czy pijesz alkohol? (*Gebruikt u alcohol?*)

Tak Nie

8a. Jeśli tak, ile kieliszków w tygodniu? (*Zo ja, hoeveel glazen per week?*)

9. Czy palisz papierosy? (*Rookt u?*)

Tak Nie

9a. Jeśli tak, ile papierosów/cygar dziennie? (*Zo ja, hoeveel sigaretten/sigaren per dag?*)

10. Czy zazywasz narkotyki? (*Gebruikt u drugs?*)

Tak Nie

10a. Jeśli tak, jakie i w jakich dawkach w ciągu tygodnia? (*Zo ja, welke en hoeveel per week?*)

11. Czy uprawiasz sport? (*Doet u aan sport?*)

Tak Nie

12. Czy potrafisz samodzielnie ubrać się i rozebrać i nie mieć przy tym zadyszki? (*Kunt u uzelf zonder klachten van kortademigheid aan- en uitkleden?*) Tak Nie

13. Czy bez problemów wykonujesz lekkie prace domowe (odkurzanie, sprzątanie)? (*Kunt u zonder klachten licht huishoudelijk werk (stofzuigen, poetsen) verrichten?*) Tak Nie

14. Czy bez problemów możesz wybrać się na wycieczkę piesza lub rowerowa? (*Kunt u zonder klachten een eind gaan wandelen of fietsen?*) Tak Nie

15. Nie Czy potrafisz bez problemów wykonywać ciężkie prace? (*Kunt u zonder klachten zware arbeid verrichten?*) Tak Nie

16. Nie Czy leczysz się na nadciśnienie? (*Wordt u behandeld voor hoge bloeddruk?*)

Tak Nie

17. Czy kiedykolwiek miewasz ostre bóle w klatce piersiowej? (*Heeft u wel eens last van drukkende pijn op de borst?*) Tak Nie

18. Jeśli tak, czy promieniuje one w kierunku lewego ramienia lub zuchwy? (*Zo ja, gaat dit gepaard met uitstraling naar linker arm of kaak?*) Tak Nie

19. Nie Czy kiedykolwiek miales/mialas atak serca? (*Heeft u ooit een hartinfarct doorgemaakt?*) Tak
 Nie
- 19a. Jesli tak, kiedy? (*Zo ja, wanneer?*)
20. Czy kiedykolwiek cierpiales/cierpialas na kolatanie serca? (*Heeft u wel eens hartkloppingen?*)
Tak Nie
21. Czy brakuje Ci tchu w czasie wysilku, np. Kiedy wchodzisz po schodach? (*Bent u kortademig bij inspanning, bijvoorbeeld bij het traplopen?*) Tak Nie
22. Czy zdiagnozowano u Ciebie chorobe pluc (astme/POChP/rozedme pluc)? (*Bent u bekend met longziekte (astma/COPD/longemfyseem)?*) Tak Nie
23. Czy cierpisz na zespól bezdechu sródsennego? (*Bent u bekend met OSAS?*)
 Tak Nie
24. Jesli tak, czy uzywasz aparatu CPAP? (*Zo ja, heeft u een CPAP-apparaat?*)
 Tak Nie
25. Czy czesto kaszlesz? (*Moet u regelmatig hoesten?*)
 Tak Nie
26. Czy w ciagu ostatnich trzech miesiecy leczono Cie prednizonem? (*Heeft u de afgelopen drie maanden een prednisonkuur gehad?*) Tak Nie
27. Czy cierpisz na bóle zoladka? (*Heeft u last van maagklachten?*)
 Tak Nie
28. Czy chorujesz na zóltaczke (=zapalenie watroby)? (*Heeft u geelzucht (=hepatitis)?*)
 Tak Nie
29. Czy chorujesz na nerki? (*Heeft u een nieraandoening?*)
 Tak Nie
30. Czy kiedykolwiek miales/mialas krwotok mózgowy lub udar mózgu? (*Heeft u een hersenbloeding of herseninfarct gehad?*) Tak Nie
Nie
- 30a. Jesli tak, kiedy? (*Zo ja, wanneer?*)
31. Czy kiedykolwiek miales/mialas atak padaczki (napad padaczkowy)? (*Heeft u ooit een epilepsieaanval (toeval of insult) gehad?*) Tak Nie
- 31a. Jesli tak, kiedy? (*Zo ja, wanneer?*)
32. Czy cierpisz na bóle stawów lub miesni? (*Heeft u problemen met uw gewrichten of spieren?*) Tak Nie
33. Czy chorujesz na cukrzyce (jestes diabetykiem)? (*Heeft u suikerziekte (diabetes)?*)
Tak Nie
34. Czy chorujesz na tarczycę? (*Heeft u een schildklieraandoening?*)
 Tak Nie
35. Czy masz neurostymulator? (*Heeft u een neurostimulator?*)
 Tak Nie

36. Czy szybko cierpisz na siniaki? (*Heeft u snel last van blauwe plekken?*)

Tak Nie

37. Czy masz sklonnosc do krwotoków, np. Po wyrwaniu zeba? (*Heeft u last van nabloeden, bijvoorbeeld na het trekken van tanden?*)

Tak Nie

38. Czy kiedykolwiek chorowales/chorowales na zakrzepice lub zatorowosc plucna? (*Heeft u ooit een trombose of longembolie gehad?*)

Tak Nie

39. Czy istnieje moziwosc, ze jestes w ciazy? (*Zou u zwanger kunnen zijn?*)

Tak Nie

40. Czy mozesz byc nosicielem wirusa HIV/AIDS? (*Bent u mogelijk drager van het HIV/AIDS-virus?*)

Tak Nie

41. Czy uzywasz protezy zebowej? (*Draagt u een kunstgebit?*)

Tak Nie

41a. Górnej, dolnej czy obu? (*Boven, onder of beide?*)

42. Czy nosisz dental tabliczkę lub masz implanty? (*Draagt u een plaatje of heeft u implantaten?*)

Tak

Nie

43. Czy niektóre Twoje zebry sa obluzowane? (*Heeft u loszittende tanden of kiezen?*)

Tak Nie

44. Czy masz korony lub mosty stomatologiczne? (*Heeft u kronen of bruggen?*)

Tak Nie

45. Czy masz trudnosc z otwarciem szeroko ust? (*Heeft u moeite de mond wijd te openen?*)

Tak

Nie

46. Czy cierpisz na sztywnosc/ masz ograniczone ruchy szyi? (*Heeft u last van bewegingsbeperkingen van de nek?*)

Tak

Nie

Miejsce na ewentualne pytania i / lub komentarze (*Plaats voor vragen en opmerkingen*)

Bovenstaande informatie is geschreven samen met artsen en (gespecialiseerd) verpleegkundigen van de genoemde afdeling(en). De afdeling communicatie & patiëntenvoorlichting verzorgt de eindredactie van deze folder.

Heeft u vragen en/of opmerkingen over deze folder? Belt u dan met de genoemde afdeling(en) of stuur een e-mail naar PatiëntService, psb@bernhoven.nl.

Bernhoven

Nistelrodeseweg 10
5406 PT UDEN

Postbus 707
5400 AS UDEN

T: 0413 - 40 40 40
E: communicatie@bernhoven.nl
I: www.bernhoven.nl



Ga naar
www.zorgkaartnederland.nl

Code: Datum gewijzigd: zondag 14 oktober 2018