

Dotazník k analgosedaci

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Věk:

Výška:

Váha:

Absolvoval jste v minulosti vyšetření/výkon v sedaci/celkové anestezii? ANO NE

Vyskytly se během tohoto zákroku komplikace (např. reakce na podané léky)? ANO NE

Pokud ANO, jaké?.....

Užíváte někdy prášky na spaní? ANO NE

Máte alergii? Jste alergický na léky či jiné látky? ANO NE

Pokud ANO, tak jaké:

Choroby, se kterými se léčíte.....

.....

Užíváte dlouhodobě léky? Jaké?.....

.....

Jste kuřák? Kolik kouříte ks denně?.....

Pijete alkohol? Kolik a jak často?.....

Užíváte nějaké návykové látky?

Snášíte špatně kávu? ANO NE

Nejste nyní nachlazen? ANO NE

Prodělal jste v minulosti infekční žloutenku či jiné závažné infekční onemocnění?.....

.....

Dělají se Vám snadno modřiny? Snadno krvácíte? ANO NE

Máte dechové potíže či bolest na hrudi při námaze? ANO NE

Má/měl Váš příbuzný svalové onemocnění nebo příhodu při narkóze ANO NE