

Anesteziologický dotazník nezletilého

Jméno a příjmení dítěte: Rodné číslo: Pojišťovna:

Adresa trvalého / přechodného bydliště:

Telefon na zákonného zástupce / rodiče: Škola:

Věk: let Výška: cm Hmotnost: kg

Zdravotní stav

- Bylo Vaše dítě v poslední době ošetřováno lékařem? **Ano** **Ne**
Pokud ano, pro jaké onemocnění?
- Je Vaše dítě v trvalé péči lékaře – specialisty? (např. neurolog, kardiolog, endokrinolog) **Ano** **Ne**
Pokud ano, jakého a kdy byla poslední kontrola?
- Užívá nějaké léky? (včetně léků na bolest, uklidnění, apod.) **Ano** **Ne**
Pokud ano, které?
- Předchozí operace nebo hospitalizace? V jakém roce?
- Přihodily se během narkózy nějaké komplikace? Jaké?
- Přihodily se nějaké komplikace v souvislosti s narkózou u pokrevních příbuzných? **Ano** **Ne**
- Trpí nebo trpělo Vaše dítě v minulosti některou závažnou chorobou: srdce (např. srdečním šelestem, poruchy srdečního rytmu, zánětem srdečního svalu), oběhovou nebo cévní, plic (zápal plic, astma, chronický zánět průdušek), ledvin, jater (např. žloutenka), svalů, očí (např. zelený zákal), nervů (např. epilepsie), duševní (např. opoždění duševního nebo tělesného vývoje), krevní (např. poruchy krevní srážlivosti, anemie, hemofilie, leukémie) nebo poruchy látkové výměny (např. cukrovka, onemocnění štítné žlázy)?
.....
- Trpí nějakou alergií (např. na léky, náplast, potraviny)?
- Zubní náhrady (můstky, snímatelné zubní náhrady, korunky, mezerník apod.)? **Ano** **Ne**
- Jiné zvláštnosti (např. neuvedené onemocnění, nehody, úrazy)?
.....

Další důležité pokyny

- Je bezpodmínečně nutné dodržet dobu lačnosti – 5 hodin od posledního jídla, 3 hodiny od posledních tekutin!
- Prosíme, abyste znali současnou hmotnost dítěte.
- Přineste oblíbený nápoj dítěte s výraznou chutí, do kterého bude přidána premedikace před zákrokem.
- V případě, že je dítě v péči některého lékaře – specialisty, je nutno provést předoperační vyšetření dítěte dětským lékařem a vyjádření příslušného lékaře – specialisty.
- Před výkonem dohlédněte, aby bylo dítě vymočené.

Žádám o provedení výkonu v sedaci / analgosedaci mého dítěte. Pročetl(a) jsem informace a všechna doporučení a porozuměl(a) jsem jim. Jsem schopen a ochoten dostat uvedeným doporučením a prohlašuji, že jsem nezatajil(a) žádné důležité informace.

Datum:

Podpis rodiče / zákonného zástupce: