

לשימוש פנימי

מרפאת טרום ניתוח והרדמה שאלון הצהרת בריאות למטופל

תאריך: _____

שאלון זה נועד להעריך את מצבך הרפואי, יש להשלים את השאלון ולהביא אותו עמך ליום הביקור. במעמד הביקור תתבקש למסור את השאלון לצוות הרפואי במרפאה. השלמת השאלון מראש יקצר את התהליך במהלך הביקור.

כללי:

1. האם קיימת אלרגיה לתרופות /מזון ? כן/לא
2. האם אתה נוטל תרופות קבועות ? כן/לא
3. האם אתה מטופל בתרופות מדללי דם ? כן/לא
אם כן פרט איזה תרופות מדללי דם הנך נוטל _____
4. מעשך ? כמה סיגריות ביום _____, כמה שנים _____ כן/לא
5. אלכוהול ? כמה כוסות ביום _____ כן/לא
6. סמים ? איזה סוג _____ כן/לא

רקע בריאותי:

מחלות לב וכלי דם :

1. האם את סובל מיתר לחץ דם ? כן/לא
2. האם אתה סובל לעיתים מכאבים בחזה (אנגינה פקטוריס) ? כן/לא
3. האם אתה מתקשה לעלות מדרגות (מעל 2 קומות), קוצר נשימה, כאבים בחזה ? כן/לא
4. האם עברת בעבר התקף לב ו/או אירוע לבבי אחר ? כן/לא
5. האם עברת השתלת קוצב לב/דפיברילטור ? כן/לא
6. האם ידוע לך על מום לב ? כן/לא
7. האם ידוע לך על הפרעות קצב ? כן/לא
8. האם אתה סובל מאי ספיקת לב ? כן/לא
9. האם עברת ניתוח לב או צנתור הכולל הכנסת בלון או סטנט ? כן/לא
10. האם עברת בדיקות כגון : - מיפוי לב
- צנתור
- אקו לב
- מבחן מאמץ (ארגומטריה) כן/לא
11. האם אתה במעקב רופא קרדיולוג? אם כן, מתי היה הביקור האחרון : _____ כן/לא
12. האם אתה סובל מצליעה ברגליים לסירוגין ? כן/לא
13. האם עברת ניתוח כלי דם ? כן/לא

רקע עצבי (ניורולוגי):

1. האם עברת אירוע מוחי (CVA\TIA) ? כן/לא
2. האם אתה סובל מאפילפסיה ? כן/לא
3. האם עברת בדיקת דופלר עורקי צוואר \ קרוטיס ? כן/לא
4. האם עברת ניתוח בראש ? אם כן, מתי? _____ כן/לא
5. האם אתה במעקב ניורולוג/ניורוכירורג? אם כן, מתי ביקור אחרון : _____ כן/לא

רקע נשימתי (ריאות):

1. האם אתה סובל ממחלת נשימה כגון: אסטמה, הפרעה חסימתית, שחפת? כן/לא
2. האם ביצעת בדיקת תפקודי ריאות? אם כן, מתי? _____ כן/לא
3. האם עברת ניתוח או ביופסיה במערכת הנשימה? כן/לא
4. האם אתה סובל מדום נשימה בשינה? כן/לא
5. האם אתה נעזר במכשיר BPAP/CPAP? כן/לא
6. האם אתה משתמש בחמצן ביתי? כן/לא

רקע המטולוגי:

1. האם יש בעיה המטולוגית כגון: הפרעת קרישה, אנמיה כרונית, נטייה לדימומים, אחר? אם כן, איזו? _____ כן/לא

רקע אנדוקרינולוגי:

1. האם אתה סובל מסכרת? כן/לא
2. במקרה וכן, האם הסוכרת מטופלת באינסולין? כן/לא
3. במקרה וכן, האם הסוכרת מטופלת בכדורים? כן/לא
4. האם ידוע על הפרעות בתפקוד בולטת התירס (תירואיד)? כן/לא
5. האם אתה במעקב אנדוקרינולוג? אם כן, מתי היה הביקור האחרון: _____ כן/לא

רקע נפרולוגי:

1. האם אתה סובל ממחלת כליות – אי ספיקה כללית? כן/לא
2. האם עברת השתלת כליות? כן/לא
3. האם אתה מטופל בדיאליזה? כן/לא
4. האם אתה במעקב רופא כליות? אם כן, מתי היה הביקור האחרון: _____ כן/לא

רקע גסטרו אנטרולוגי:

1. האם אתה סובל מצרבות? כן/לא
2. האם קיימת בעיה בכבד (צהבת, דלקת כבד, שחמת)? כן/לא
3. האם אתה סובל מכיב (אולקוס) מדמם? כן/לא

ניתוחים:

1. האם עברת ניתוחים בעבר? כן/לא
2. האם עברת הרדמה כללית בעבר? אם כן, האם הייתה בעיה בהרדמה? פרט _____ כן/לא

רקע נפשי:

1. האם קיבלת בעבר או בהווה טיפול פסיכיאטרי? כן/לא
2. האם אתה מטופל בתרופות לפסיכיאטריות? אם כן, אילו תרופות? _____ כן/לא

הערות