SPECIJALNA BOLNICA "DR. NEMEC"
specijalna bolnica za ortopediju i opću kirurgiju

Matulji, Cesta dalmatinskih brigada 30/a
tel. 051/277-350 fax. 051/273-901

Prezime i ime: .....

Datum rođenja: ..... OIB: .....

Adresa prebiv.: .....

Telefon: ..... Mobitel: .....

Dijagnoza: .....

Predviđena medicinska intervencija: .....

UPITNIK O ZDRAVSTVENOM STANJU PACIJENTA

Ovaj upitnik ispunjava pacijent i neophodan je za preoperativni pregled anesteziologa

Visina: ..... cm			Težina: ..... kg	
Jeste li alergični na lijekove, hranu?	**NE**	**DA**	ako DA, na koje?	
Da li ste nedavno bili bolesni?	**NE**	**DA**	ako DA, od čega?	
Uzimate li redovito neke lijekove?	**NE**	**DA**	ako DA, koje?	
Nosite li zubnu protezu?	**NE**	**DA**	ako DA, koju?	gornju ☐ donju ☐
Imate li klimave zube?	**NE**	**DA**		
Nosite li naočale ili kontaktne leće?	**NE**	**DA**		
Pijete li redovito alkohol?	**NE**	**DA**		
Pušite li?	**NE**	**DA**	ako DA, koliko?	
Jeste li dosad bili operirani?	**NE**	**DA**	ako DA, što i kada?	
Jeste li Vi ili Vaši krvni srodnici imali problema tijekom anestezije?	**NE**	**DA**	ako DA, kakve?	
Jeste li primali transfuziju krvi?	**NE**	**DA**	ako DA, kada?	
Jeste li ikada bolovali ili još uvijek bolujete od:				
• šećerne bolesti?	**NE**	**DA**		
• visokog krvnog tlaka?	**NE**	**DA**		
• bolesti srca ili krvnih žila?	**NE**	**DA**	ako DA, koje?	
• bolesti pluća i dišnih putova?	**NE**	**DA**	ako DA, koje?	
• bolesti jetre?	**NE**	**DA**	ako DA, koje?	
• bolesti bubrega?	**NE**	**DA**	ako DA, koje?	
• bolesti živčanog sustava?	**NE**	**DA**	ako DA, koje?	
• duševnih bolesti?	**NE**	**DA**	ako DA, koje?	
• poremećaja zgrušavanja krvi?	**NE**	**DA**	ako DA, koje?	
Pitanja za žene:				
Jeste li trudni?	**NE**	**DA**		
Datum zadnje menstruacije:				

Datum: .....

Potpis pacijenta: .....