



# Klatovská nemocnice, a.s.

Klatovy 2, Plzeňská 569, 339 38

tel. 376 335 111, fax 376 312 496, e-mail: [info@nemkt.cz](mailto:info@nemkt.cz)

IČO: 26360527

Anesteziologická ambulance 376 335 501

Anesteziologicko – resuscitační oddělení 376 335 319

## Anesteziologický dotazník pro ambulantní výkon - dítě

(Prosím ve vlastním zájmu vyplňte zcela pravdivě)

### Jméno a příjmení dítěte /nebo svěřené osoby/, ostatní údaje:

Příjmení		Jméno		RČ	
Stáří dítěte	Zdravotní pojišťovna	Tělesná hmotnost		Tělesná výška	Porodní hmotnost

### Porod dítěte v termínu /předčasně/ v jakém týdnu těhotenství/:

Bylo dítě při porodu kříšeno:

Vyjmenujte choroby, se kterými se dítě léčí:

Uveďte léky, které pravidelně užívá:

Zaškrtněte onemocnění, kterými Vaše dítě trpí nebo trpělo v minulosti:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> onemocnění svalů, svalová slabost            | <input type="checkbox"/> nervové onemocnění /epilepsie, obrny/       |
| <input type="checkbox"/> onemocnění srdce                             | <input type="checkbox"/> poruchy krevní srážlivosti, onemocnění krve |
| <input type="checkbox"/> onemocnění plic nebo dýchacích cest          | <input type="checkbox"/> alergie /jaké/, obtíže po požití černé kávy |
| <input type="checkbox"/> onemocnění jater /žloutenka/                 | <input type="checkbox"/> onemocnění očí                              |
| <input type="checkbox"/> onemocnění ledvin                            | <input type="checkbox"/> problémy s jakoukoliv předchozí anestezií   |
| <input type="checkbox"/> poruchy metabolismu - cukrovka, štítná žláza | <input type="checkbox"/> závažné úrazy                               |

### Vyskytla se ve Vaší rodině /rodiče, prarodiče, sourozenci/ nějaká komplikace v souvislosti s anestezií?

Podepište prosím následující prohlášení a odevzdejte jej anesteziologovi, který Vás bude vyšetřovat v anesteziologické ambulanci před plánovaným ambulantním zákrokem.

Souhlasím, aby plánovaný chirurgický nebo diagnostický výkon byl proveden ambulantně. Seznámil/a jsem se s doporučeními a rozumím jim. Jsem ochoten/a a schopen/a je dodržet. Zajistím si doprovod domů. Zajistím si odpovědný dohled po opuštění zdravotnického zařízení, po 24 hodin po výkonu bude pro mě dostupné zdravotnické zařízení nejpozději do 1 hodiny jakýmkoliv dopravním prostředkem /spádová nemocnice/, t.j. alespoň prostřednictvím záchranné služby /telef.155/. Souhlasím s anesteziologickou péčí v rozsahu, jaký uzná anesteziolog za vhodný.

Jméno osoby, zajišťující doprovod dítěte po opuštění zdravotnického zařízení:

V Klatovech dne:

Jméno a podpis zákonného zástupce dítěte /nebo svěřené osoby/: