Nimi _____

Henkilötunnus _____ pituus _____ paino _____

Oletteko äskettäin ollut lääkärin hoidossa? Kyllä / Ei

Minkä sairauden / oireen vuoksi?

_____

_____

Käytättekö säännöllisesti lääkkeitä? Kyllä / Ei

Lääkkeen nimi ja annos:

_____

_____

Onko jokin lääke aiheuttanut sivuvaikutuksia? Kyllä / Ei

Lääkkeen nimi ja millaisia sivuvaikutuksia:

_____

_____

Onko Teillä yliherkkyyksiä tai allergioita? Kyllä / Ei

(esim. Kefalosporiini, Penisilliini, JODI, ASA, Sulfa, säilöntäaineet, ruoka-aineet)

_____

_____

Onko Teille suoritettu aikaisemmin leikkauksia? Kyllä / Ei

Leikkaus ja vuosiluku:

_____

_____

Sairastatteko / oletteko sairastanut jotakin seuraavista?

- Synnynnäinen sydänvika Kyllä / Ei
- Sepelvaltimotauti Kyllä / Ei
- Sydäninfarkti Kyllä / Ei
- Muu sydänsairaus Kyllä / Ei
  jos kyllä, mikä _____
- Verenpainetauti Kyllä / Ei
- Alaraajan laskimotukos Kyllä / Ei
- Astma Kyllä / Ei
- Muu keuhkosairaus Kyllä / Ei
  jos kyllä, mikä _____
- Munuaissairaus Kyllä / Ei
- Vakava infektiosairaus (hepatiitti, HIV) Kyllä / Ei
- Diabetes Kyllä / Ei
- Epilepsia Kyllä / Ei
- Reuma tai muu nivelsairaus Kyllä / Ei
- Verenvuototaipumus Kyllä / Ei
- Silmäsairaus Kyllä / Ei
- Lihassairaus tai lihasheikkous Kyllä / Ei
- Muu sairaus
  jos kyllä, mikä _____

Lisätietoja:

_____

_____

Tämä osio täytetään vain mikäli teille on etukäteen sovittu anestesialääkäripalvelu.

- Asioita, josta haluaisitte anestesialääkärin tietävän
- Käytättekö runsaasti alkoholia?
- Kärsittekö usein päänsärystä tms. oireista?
- Onko ollut ongelmia aikaisempien nukutusten tai puudutusten aikana tai niiden jälkeen (esim. pahoinvointia tai päänsärkyä)

Voitte myös kirjoittaa tähän kohtaan anestesiaan liittyviä kysymyksiä ja toiveita.

_____

Lähiomaisen nimi ja puhelinnumero: _____

Päiväys ja allekirjoitus _____

PIKKUJÄTTI®