

Предоперационная анкета

Пустая форма для заполнения от руки перед хирургическим вмешательством.

ФИО

Дата

Медицинские данные

Группа крови

☐ I (O) ☐ II (A) ☐ III (B) ☐ IV (AB) ☐ не знаю

Резус-фактор

☐ положительный ☐ отрицательный ☐ не знаю

Лекарства, которые принимаете

Укажите название, дозировку и частоту. Особенно важны антикоагулянты и антиагреганты.

Дата последнего приема аспирина / антикоагулянтов

Кардиостимулятор / имплантаты

☐ нет ☐ кардиостимулятор ☐ протез сустава ☐ другое

Аллергии: лекарства, латекс, наркоз

Если аллергий нет, напишите: нет.

Перенесенные операции и особенности анестезии

Предоперационная анкета

Продолжение. Контактное лицо и важные сведения.

Контактное лицо

ФИО

Телефон

Кем приходится

Дополнительная информация

Хронические заболевания

Что еще важно сообщить хирургической и анестезиологической команде?

Вопросы перед операцией

Окончательный список обследований и правила приема лекарств определяет лечащая команда.