

## Aneszteziológiai Kérdőív

### műtéti altatáshoz, érzéstelenítéshez

*Kérjük figyelmesen olvassa át az alábbi kérdőívet, otthon TÖLTSE ki és hozza magával!*

*Amennyiben van olyan kérdés, amelyre nem tudja pontosan a választ, érkezéskor jelezze az altató orvos számára!*

BETEG/ ÉRINTETT NEVE:	TAJ:
SZÜLETÉSI HELY ÉS DÁTUM:	ANYJA NEVE:
LAKCÍM:	
E-MAIL:	TELEFONSZÁM:
BETEG ÁLTAL MEGADOTT HOZZÁTARTOZÓ NEVE:	HOZZÁTARTOZÓ TELEFONSZÁMA:
TERVEZETT MŰTÉT/ BEAVATKOZÁS:	OPERÁLÓ ORVOS:
MŰTÉT/ BEAVATKOZÁS VÁRHATÓ IDŐPONTJA:	MŰTÉT OLDALA (HA VAN): <input type="radio"/> Jobb <input type="radio"/> Bal
AKTUÁLIS TESTSÚLY (KG):	TESTMAGASSÁG (CM):
FOGYOTT-E AZ UTÓBBI IDŐBEN? <input type="radio"/> Igen <input type="radio"/> Nem HA IGEN MIÓTA FOGY, MENNYIT FOGYOTT?	

**Kérjük karikázza be a megfelelő választ (Igen – Nem) a következő kérdéseknél!**

1. Állt-e az utóbbi időben orvosi kezelés alatt (kórházi/ fekvő/ járóbetegként)? <i>Ha igen, milyen betegség miatt?</i>	igen / nem
2. Jelenleg van-e hurutos betegsége, megfázása, láza?	igen / nem
3. Van-e ismert gyógyszerérzékenysége, vagy gyógyszerallergiája? <i>Ha igen, sorolja fel, hogy melyekre:</i> <i>Milyen tüneteket okozott? (pl. viszketés, kiütés, kipirulás, torokkaparás, nyelvdagadás, hányás, hasmenés, ájulás, allergiás sokk/ anafilaxia)</i>	igen / nem
4. Van-e fém-, étel-, pollenérzékenység, egyéb intolerancia? <i>Ha igen, mi az?</i>	igen / nem
5. Kezelik, vagy kezelték-e Önt az alábbi betegségek miatt?	
5.1. Magasvérnyomás <i>Ha igen, szokta-e otthon mérni? Mennyi átlagosan az értéke?</i> <i>Ha vezet vérnyomásnaplót (napi 1-3x mérés), kérjük hozza el magával a konzultációra!</i>	igen / nem
5.2. Szívkoszorúér betegség <i>Ha igen, beültettek-e sztentet (fémhálót)?</i> <i>Ha igen, mikor és hol ellenőrizték utoljára?</i>	igen / nem igen / nem
5.3. Szokott-e Önnek fájni a mellkasa? <i>Ha igen, mitől szűnik?</i>	igen / nem
5.4. Szívinfarktusa volt-e? <i>Ha igen, mikor?</i>	igen / nem
5.5. Szívelégtelenség <i>Ha igen, van-e/volt-e tüdővizenyő (ödéma) Önnél?</i>	igen / nem igen / nem

5.6. Szívbillentyű betegség	igen / nem
5.7. Szívritmuszavar <i>Ha igen, milyen?</i> <i>Beültetett szívritmusszabályzója van-e?</i> <i>Ha van, milyen típusú? (pacemaker (pészméker), ICD/defibrillátor)</i>	igen / nem igen / nem
5.8. Érbetegség <i>Ha igen, milyen? (pl. trombózis, érszűkület, visszér)</i>	igen / nem
5.9. Tüdőbetegség <i>Ha igen, mi az? (pl. asztma, COPD, TBC, tüdőtagulás, légmell, daganat)</i>	igen / nem
5.10. Tüdőembóliája volt-e valaha? <i>Ha igen, mikor és mennyire volt súlyos?</i>	igen / nem
5.11. Szokott-e fulladni? <i>Ha igen, használ-e légzéskönnyítő/hörgőtágító sprayt/pipát? igen / nem</i>	igen / nem
5.12. Májbetegség (májzsugor/cirrózis, sárgaság, zsírmáj, májgyulladás, epebetegség)	igen / nem
5.13. Gyomorfekély, gyomorvérzés, reflux, (egyéb bélbetegség)	igen / nem
5.14. Vesebetegség <i>Ha igen, mi az?</i>	igen / nem
5.16. Pajzsmirigybetegség <i>Ha igen, mi az (struma, golyva)?</i> <input type="text"/> <i>Utolsó TSH érték?</i> <input type="text"/>	igen / nem
5.17. Anyagcsere betegség <i>Ha igen, mi az?</i>	igen / nem
5.18. Magas koleszterinszint	igen / nem
5.19. Autoimmun betegség <i>Ha igen, mi az?</i>	igen / nem
5.20. Cukorbetegség <i>Ha igen, mivel kezelik?</i> <i>Utolsó 3 havi átlag vércukor/ HgbA1C érték?</i> <i>Ha vezet vércukornaplót, kérjük hozza magával!</i>	igen / nem diéta / tableta / inzulin <input type="text"/> / <input type="text"/>
5.21. Szembetegség <i>Ha igen, mi az? (pl. szürkehályog, zöldhályog)</i>	igen / nem
5.22. Hematológiai betegség <i>Ha igen, mi az? (pl. vérzékenység, trombózishajlam, véralvadási zavar)</i>	igen / nem
5.23. Idegrendszeri betegség <i>Ha igen, mi az? (pl. epilepszia, agyvérzés, sztrók, Parkinson-kór, memóriazavar, beszédzavar, porckorongsérv, bénulás, inkontinencia)</i>	igen / nem
5.24. Csont-, ízület-, izombetegség <i>Ha igen, mi az? (pl. reuma, miaszténia, izomgyengeség)</i>	igen / nem
5.25. Pszichiátriai betegség <i>Ha igen, mi az? (pl. depresszió, pánikzavar, szorongás, pszichózis, hangulatzavar, ADHD, szkizofrénia, demencia)</i>	igen / nem
10. Dohányzik-e? <i>Ha igen, mióta, mennyit?</i>	igen / nem
11. Fogyaszt-e rendszeresen alkoholt? <i>Ha igen, mit, mennyit és milyen rendszerességgel?</i>	igen / nem
12. Használ-e kábítószer, vagy élénkítőszer? <i>Ha igen, mit, mennyit?</i>	igen / nem

13. Van-e kivehető fogpótlása?	igen / nem
14. Van-e mozgó foga? <i>Ha igen, melyik?</i>	igen / nem
15. Használ-e hallókészüléket?	igen / nem
16. Kapott-e valaha vérátömlesztést/ vért/ transfúziót? <i>Ha igen, mikor és volt-e szövődménye?</i>	igen / nem
17. Volt-e valaha a vércsoport meghatározásával gond, tud-e vércsoport eltérésről?	igen / nem
18. Kapott-e védőoltást? <i>Ha igen, melyiket? (pl. Covid-19, influenza, tüdőgyulladás, agyhártyagyulladás)</i>	igen / nem
19. Volt-e valaha altatva, vagy érzéstelenítve <i>(spinál/epidurál/idegblokk/gerincközeli)?</i> <i>Ha igen, volt-e szövődmény/ probléma? (pl. hányinger, hányás, alacsony vérnyomás, nehéz szűrés, lélegeztetési nehézség, elhúzódó izomlazító hatás, „nehéz légút”, intenzív osztályos kezelés, újraélesztés)</i>	igen / nem
20. Volt-e valaha, bármilyen műtété? <i>Ha igen, sorolja fel azokat! (Ha emlékszik mikor, évszámmal együtt!)</i>	igen / nem
21. Van-e ismert fertőző betegsége (pl. Hepatitisz B / C, HIV)? <i>Ha igen, mi az?</i>	igen / nem
22. <b>Nők:</b> Jelenleg fennáll-e terhesség?	igen / nem
23. <b>Férfiak:</b> Van-e prosztatata megnagyobbodás?	igen / nem
24. Van-e egyéb, eddig nem említett betegsége? <i>Ha igen, mi az?</i>	igen / nem
25. Krónikus betegségével mikor járt utoljára kontroll vizsgálaton? (pl. kardiológia, tüdőgyógyászat, diabetológia, endokrinológia, háziorvos) <b>Kérjük hozza magával a leleteit, zárójelentéseit!</b>	
26. Szed-e véralvadásgátlót, vérhígítót? <i>Ha igen, mikor vette be utoljára?</i>	igen / nem
27. Olvasta-e kórházunk honlapján található, vagy személyesen átadott betegtájékoztatót? <i>Ha igen, elegendőnek találta-e a betegtájékoztatóban nyújtott információkat? Egyéb:</i>	igen / nem
28. Szed-e gyógyszert rendszeresen? <i>Ha igen*, a következő táblázatban sorolja fel azokat!</i>	igen / nem

*GYÓGYSZER NEVE	NAPONTA HÁNYSZOR, MELYIK NAPSZAKBAN?	HÁNY TABLETTA, VAGY MILLIGRAMM?

*GYÓGYSZER NEVE	NAPONTA HÁNYSZOR, MELYIK NAPSZAKBAN?	HÁNY TABLETTA, VAGY MILLIGRAMM?

Az altatóorvoshoz feltette további kérdéseim a következőkre vonatkoztak:

---

---

Aláírással igazolom, hogy eltitkolt betegségem nincs és a fent megadott adatok/információk a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy a túlsúly, a krónikus belgyógyászati, valamint a szív- és érrendszeri betegségek növelhetik a műtéttel járó kockázatokat.

Az altatással és az érzéstelenítéssel kapcsolatban részletes tájékoztatást kaptam, azt megértettem és beleegyezem a beavatkozás elvégzésébe. A felmerült kérdéseimre kielégítő válaszokat kaptam.

Budapest, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hónap \_\_\_\_\_ nap

---

Beteg (vagy törvényes képviselő) aláírása