



Dotazník na predoperačné vyšetrenie:

Meno a priezvisko: _____

Rodné číslo: _____ Dátum: _____

Druh operácie, ktorá Vás čaká: _____

Infekčné ochorenia v posledných 4 týždňoch? (chrípka, Covid, hnačka, ...) ☐ Áno ☐ Nie

Ak áno, uveďte aké: _____

Zadýchate sa pri námahe, mávate bolesti na hrudníku?: ☐ Áno ☐ Nie **Mávate opuchy**

alebo bolesti dolných končatín?: ☐ Áno ☐ Nie

Mali ste už operáciu v celkovej anestézii? ☐ Áno ☐ Nie

Ak áno, uveďte akú, prípadne uveďte komplikácie ak nejaké vznikli, uveďte aj približný rok: _____

Boli ste v minulosti hospitalizovaná/y? ☐ Áno ☐ Nie

Ak áno, uveďte dôvod: _____

Ochorenia na, ktoré sa liečite:

☐ Vysoký tlak ☐ Ochorenia srdca ☐ Ochorenie štítnej žľazy ☐ Cukrovka ☐ Šedý zákal ☐ Iné: _____

Ste v sledovaní špecialistov? (Internista, Kardiológ, Gastroenterológ, Endokrinológ) ☐ Áno ☐ Nie

Ak áno, uveďte: _____

Aké lieky užívate? _____

Užívate lieky na riedenie krvi? (Anopyrin, ANP, ASS, Iscover, Plavix, Plavacor, Clopidogrel, Pradaxu) ☐ Áno ☐ Nie

Ak áno, uveďte aké: _____

Alergie na liečivá a lieky? ☐ Áno ☐ Nie

Ak áno, uveďte aké: _____

Návyky a ostatné informácie:

Pijete alkohol? ☐ Nie ☐ Príležitostne ☐ Často

Fajčíte? ☐ Áno ☐ Nie

Rodinná anamnéza: (vypíšte závažné ochorenia v rodine, prípadne vek a príčinu úmrtia rodičov)

Pre ženy:

Počet pôrodov: _____ Potratov: _____ Posledná menštruácia: _____

Posledná návšteva gynekológa: _____ Vek nástupu menopauzy: _____

Prejdite na druhú stranu 



Stanovenie rizika krvácania

1. Krvácanie z nosa? (bez iných príčin ako suchý vzduch, zima, nádcha) ☐ Áno ☐ Nie
2. Mávate hematómy (modriny bez zranenia) alebo petéchie (výrony krvi v koži)? ☐ Áno ☐ Nie
3. Máte krvácanie do kĺbov, mäkkých tkanív svalov? ☐ Áno ☐ Nie
4. Pozorovali ste u seba dlhšie krvácanie po porezaní, alebo zranení? ☐ Áno ☐ Nie
5. Mali ste dlhšie alebo silnejšie krvácanie po vytrhnutí zubov? ☐ Áno ☐ Nie
6. Mali ste dlhšie krvácanie počas alebo po operáciách? ☐ Áno ☐ Nie
7. Je hojenie Vašich rán zlé a veľmi zdĺhavé? ☐ Áno ☐ Nie
8. Sú vo Vašej rodine prítomné krvácavé stavy? ☐ Áno ☐ Nie
9. Beriete lieky na riedenie krvi? (Aspirin, ASS, Anopyrin, Clopidogrel, ☐ Áno ☐ Nie Trombex, Warfarin, Pradaxa, Xarelto, Tichlodipin)
10. Užívate lieky proti bolesti? (Aspirin, Voltaren, Nalgesyn, Ibuprofen) ☐ Áno ☐ Nie
11. Pre ženy: Mávate dlhé (viac ako 7 dní) a silné menštruačné krvácanie? ☐ Áno ☐ Nie

Svojim podpisom potvrdzujem pravdivosť všetkých uvedených informácií.

.....

podpis pacienta