



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 hospitalizovaný: ☐ Áno ☐ Nie

Ak áno, uveďte dôvod: _____

Ochorenia, na ktoré sa liečite

☐ Vysoký tlak ☐ Ochorenie srdca ☐ Vnútroočný tlak (Glaukom)

☐ Cukrovka ☐ Priedušková astma alebo iné pľúcne choroby ☐ Ochorenie štítnej žľazy

Iné: _____

Ste v sledovaní špecialistov? (Kardiológ, Endokrinológ, prípadne iný špecialista) ☐ 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, Anop yrin, Clopidogrel, Trombex, Warfarin, Pradaxa, Xarelto, Tichlodipin)

☐ Áno ☐ Nie

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