

Franciscan Health System — предоперационная оценка риска

(Последнее обновление: 23 февраля 2015 г.)

Цель: эта форма предназначена для своевременного выявления пациентов с медицинским анамнезом, свидетельствующем о возможном риске при проведении анестезии. **Все пациенты должны пройти консультацию перед госпитализацией. Личное присутствие на консультации перед госпитализацией требуется в случаях, если на какой-либо вопрос формы дан ответ «Да», или если это указано хирургом в разделе «Примечания».** Пожалуйста, заполните все поля формы.

Ф.И.О. пациента:

Дата рождения:

Контактные номера пациента Дом.:

Моб.:

Другой:

Хирург:

Дата операции:

Лечащий врач:

Нужен ли переводчик? Д Н Если да, укажите язык:

ЭТОТ РАЗДЕЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ТОЛЬКО ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С КАТАРАКТОЙ. Пациенты с катарактой: Заполните этот раздел, если в предыдущие 60 дней вы уже перенесли операцию по удалению катаракты:

Д Н Н/Д: Наблюдались ли у вас в прошлом месяце новые либо ухудшение старых симптомов, которые могли бы указывать на изменение состояния вашего здоровья по сравнению с моментом первой операции? (Если да, заполните остальную часть этой формы и отправьте факсом в отдел FHS Pre-Admit по указанному номеру. Если нет, то заполнение этой формы предоперационной оценки риска и проведение соответствующих консультаций не требуется).

Д Н: Проживаете ли вы в доме престарелых, доме для пенсионеров или учреждении подобного типа? (ТРЕБУЕТСЯ провести консультацию по телефону.)

Если да, укажите название учреждения:

Местонахождение:

Телефон:

КАРДИОЛОГИЯ:

Д Н: Связана ли запланированная операция с болезнью сердца?

Д Н: Испытывали ли вы когда-либо боль в груди и проходили ли курс лечения в связи с этим? Если да, то когда?

(укажите год)

Д Н: Был ли у вас когда-либо сердечный приступ (инфаркт миокарда)? Если да, укажите дату

Д Н: Установлен (-ы) ли у вас сердечный (-е) стент (-ы)?

Д Н: Наблюдается ли у вас фибрилляция предсердий или нерегулярное сердцебиение?

Д Н: Установлен ли вам кардиостимулятор/дефибриллятор/имплантированное устройство?

Д Н: Диагностировали ли у вас застойную сердечную недостаточность или нарушение работы сердечного клапана, и ухудшились ли симптомы с момента постановки диагноза?

Д Н: Были ли у вас сердечно-сосудистые осложнения/инсульт/транзиторные ишемические атаки?

Д Н: Наблюдаетесь ли вы у кардиолога? Если да, то у кого?

АНТИКОАГУЛЯНТЫ

Д Н: Принимаете ли вы антикоагулянты? (Кумадин (варфарин), Плавикс (клопидогрель), Брилинта (трикагрелор), Эффлент (prasugrель), Тиклид (тиклопидин), Прадакса (дабигатран), Ксарелто (ривароксабан), Бевикса (бетриксабан), Савайса (эдоксабан))

Врач, назначивший препарат:

Д Н: Принимаете ли вы аспирин?

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

Д Н: Диагностировали ли у вас эмфизему, ХОБЛ (хроническую обструктивную болезнь легких) или бронхиальную астму?

Д Н: Если у вас астма, проходили ли вы активное ее лечение, например, использовали ли ингалятор, в течение прошлого года?

Д Н: Используете ли вы дома кислород?

Д Н: Испытывали ли вы когда-либо одышку и проходили ли курс лечения в связи с этим?

АНЕСТЕЗИЯ

Д Н: Говорили ли вам о каких-либо трудностях при введении дыхательной трубки (при интубации) во время подготовки к операции?

Д Н: Была ли у вас или у кого-либо из членов вашей семьи диагностирована злокачественная гипертермия?

Д Н: Была ли у вас или у кого-либо из членов вашей семьи серьезная реакция на анестезию? Говорили ли вам, что вам противопоказана анестезия?

Franciscan Health System — предоперационная оценка риска

(Последнее обновление: 23 февраля 2015 г.)

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

- Д Н : Страдаете ли вы инсулинозависимым сахарным диабетом?
- Д Н : Страдаете ли вы заболеваниями почек или почечной недостаточностью?
Если да, находитесь ли вы на диализе? Д Н
- Д Н : Являетесь ли вы участником программы, предусматривающей ОТКАЗ ОТ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ?
- Д Н : Вас когда-нибудь беспокоила одышка или Вы, возможно, проходили курс ее лечения?

Примечания/дополнительная информация: