

Anesteziologický dotazník – dítě

*Tento dotazník slouží k rychlé orientaci o zdravotním stavu dítěte a údaje v něm poskytnuté nebudou zneužity!
Pro zajištění maximální bezpečnosti Vašeho dítěte během sedace/analgoosedace prosíme o pravdivé odpovědi.*

Jméno dítěte:

Bydliště: Tel. rodiče:

Rodné číslo: Zdravotní pojišťovna:

Věk: Výška:cm Hmotnost:kg

Bylo Vaše dítě v poslední době ošetřováno lékařem? Ano Ne

Pro jaké onemocnění:

Je Vaše dítě v trvalé péči nějakého lékaře – specialisty (např. neurologa, kardiologa, plicního lékaře, endokrinologa)? Ano Ne

Uveďte prosím jakého a kdy byla poslední kontrola:

Užívá Vaše dítě trvale nějaké léky? Ano Ne

Pokud ano, uveďte které (uveďte prosím i léky proti bolesti, na uklidnění, apod.):

.....

Předchozí operace dítěte? V kterém roce?

.....

Přihodily se během narkózy nějaké zvláštnosti? Jaké?

Přihodily se někdy nějaké komplikace v souvislosti s narkózou u pokrevních příbuzných Vašeho dítěte? Ano Ne

Trpí nebo trpělo Vaše dítě v minulosti některou závažnou chorobou srdce (např. srdečním šelestem, poruchou srdečního rytmu, zánětem srdečního svalu), oběhovou či cévní, plic (např. chronický zánět průdušek, zápal plic, plicní astma), ledvin, jater (např. žloutenka), svalů, očí, nervů (např. epilepsii), duševní (např. opoždění tělesného nebo duševního vývoje), krevní (např. poruchy krevní srážlivosti, anemie, hemofilie, leukémie) nebo poruchy látkové výměny (např. cukrovka, onemocnění štítné žlázy)?

.....

.....

Trpí Vaše dítě nějakou alergií (např. na léky, náplast, na potraviny)?

Zubní náhrady (např. mezerník)? Ano Ne

Jiné zvláštnosti (např. neuvedená onemocnění, nehody, úrazy)?

.....

Další důležité pokyny!

- **Je nezbytně nutné dodržet před výkonem nutnou dobu lačnění dítěte, a to 5 hodin od posledního jídla a 3 hodiny od posledního pití!**
- **Prosíme, abyste znali současnou hmotnost dítěte.**
- **Přineste prosím oblíbený nápoj dítěte s výraznou chutí, do kterého bude přidána premedikace před výkonem.**
- **Vhodné je vzít sebou nějakou teplou přikrývku, kterou bude dítě přikryto při dospávání po výkonu.**
- **V případě, že je Vaše dítě v trvalé péči některého z lékařů – specialistů, je nutno před výkonem zajistit předoperační vyšetření dítěte dětským lékařem a vyjádření příslušného lékaře – specialisty.**
- **Před výkonem prosím dohlédněte, aby bylo dítě vymočené!**

Žádám o provedení výkonu v sedaci/analgoosedaci mého dítěte. Pročetl(a) jsem informace a všechna doporučení a porozuměl(a) jsem jim. Jsem schopen a ochoten dostát uvedeným doporučením a prohlašuji, že jsem nezatajil(a) žádné důležité informace o zdravotním stavu svého dítěte.

Datum:

Podpis zákonného zástupce: