

Pildymo data _____

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų**Vaikų chirurgijos klinikos priešoperacinis klausimynas
pacientams/tėvams/globėjams**

Klausimynas parengtas siekiant gydytojui anesteziologui bei gydytojui vaikų chirurgui geriau įvertinti paciento būklę, įvertinti individualias rizikas ar galimą vaistinių preparatų pašalinį poveikį operacijos metu, teikiant bendrinę ar kitokią neįtrauktą ir pooperaciniu laikotarpiu

Paciento vardas, pavardė, amžius		
Planuojama chirurginė procedūra		
Ūgis, svoris		kg
Ar Jūsų vaikas yra ar buvęs alergiškas? Jeigu taip, tai kam?	TAIP <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Ar Jūsų vaikui nustatyta arterinė hipertenzija?	TAIP <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Ar Jūsų vaikui buvo atlikta širdies operacija?	TAIP <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Ar Jūsų vaikui buvę širdies ritmo sutrikimo epizodų?	TAIP <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Ar Jūsų vaikui buvo kada nors diagnozuota giliųjų venų trombozė ar plaučių arterijos trombozė?	TAIP <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Ar Jūsų vaikui buvo diagnozuota astma?	TAIP <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Ar Jūsų vaikui buvo kada nors diagnozuotas lėtinis kvėpavimo sistemos nepakankamumas?	TAIP <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Ar Jūsų vaikas serga cukriniu diabetu?	TAIP <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Ar Jūsų vaikas turi kokių nors endokrininės sistemos sutrikimų?	TAIP <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Ar Jūsų vaikui yra diagnozuotas gastroezofaginis refluksas?	TAIP <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Ar Jūsų vaikui buvusi gelta, ar jis sirgęs kepenų liga?	TAIP <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Ar Jūsų vaikas kada nors gydytas dėl skrandžio ar dvylikapirštės žarnos opos?	TAIP <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Ar Jūsų vaikas serga lėtine inkstų liga? Jeigu taip, ar atliekamos dializės (įrašykite, kokios)?	TAIP <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Ar Jūsų vaikas serga kraujo liga? Jeigu taip, kokia?	TAIP <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Ar Jūsų vaikas serga epilepsija?		
Ar Jūsų vaikas turėjęs kraujo transfuzijų (t.y. perpylimų)?	TAIP <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Ar esate pastebėję, jog susižeidus Jūsų vaikui, kraujavimas sustoja lėčiau negu įprastai?	TAIP <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Ar Jūsų vaikas anksčiau buvo operuotas? Jei taip, kokios operacijos buvo atliktos ir kada?	TAIP <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Ar Jūsų vaikui yra buvę problemų/komplikacijų su anestezijomis?	TAIP <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Ar Jūsų vaikas vartoja kurį nors kraujo krešumą veikiantį vaistą? Jei taip – koki/-ius?	TAIP <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Išvardinkite kitus šiuo metu vaiko vartojamus vaistus: _____		
Ar jūsų vaikas turi kitų sveikatos sutrikimų, apie kuriuos turėtume žinoti? Jeigu TAIP, išvardinkite: _____	TAIP <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>

Patvirtinu, kad priešoperacinio klausimyno klausimus supratau, mano nurodyti ir man žinomi duomenys yra teisingi:

Paciento (jo atstovo) vardas, pavardė, atstovavimo pagrindas, parašas _____