



Özel Ekol Hastanesi
AMELİYAT ÖNCESİ ANESTEZİ MUAYENE
VE PREMEDİKASYON FORMU



Hasta adı soyadı:	Boyü:	Tarih:
Yaşı/ Cinsiyeti:	Kilosu:	KAN GRUBU:
Operasyon:	ASA:	ALLERJİSİ:
Geçirilmiş operasyonlar:		
Geçirilmiş Hastalıklar:		
Solunum sistemi muayenesi:		
PA akciğer grafisi:		
Dolaşım sistemi muayenesi:		
EKG:		
İç hastalıkları muayenesi:		
Diğer konsültasyonlar:		
Laboratuvar bulguları:		
Alışkanlıklar:	Açlık süresi:	
Protez veya sallanan diş (mevcutsa numarası ile belirtilecektir):	Hava yolu değerlendirmesi:	
Sonuç	Kullandığı ilaçlar:	
Premedikasyon	Anestezi Dr. İmza:	



Özel Ekol Hastanesi
AMELİYAT ÖNCESİ ANESTEZİ MUAYENE
VE PREMEDİKASYON FORMU



BU KISIM HASTA TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.

Adınız Soyadınız:

Hasta Kimlik Etiketi

Kişisel Sağlık Öykünüz (Özgeçmiş –Soygeçmiş)

Evet

Hayır

Daha önce anestezi aldınız mı?

Anestezi ile ilgili bir problem yaşadınız mı? Yaşadıysanız nedir?

Ailenizden anestezi ile ilgili bir problem yaşayan var mı?

Ailenizde önemli bir hastalığı olan var mı?

Sigara içiyor musunuz?

Öksürük şikayetiniz var mı?

Öksürürken balgam,kan gözlüyor musunuz?

Nezle,grip ,soğuk algınlığı gibi şikayetiniz var mı?

Astım, Bronşit hastalığınız var mı?

Şeker hastalığınız var mı?

Guatr ya da tiroid bezi hastalığınız var mı?

Hiç ritim bozukluğunuz oldu mu?

Hiç tansiyon yüksekliğiniz saptandı mı?

Böbreklerinizden bir rahatsızlık geçirdiniz mi?

Hiç sarılık oldunuz mu?

Hepatit B,Hepatit C,AIDS,gibi taşıyıcı viral bir hastalığınız var mı?

Sindirim sisteminizde yanma,ağrı gibi yakınmanız var mı?

Alkol alır mısınız?

Beyin damarları ile ilgili bir hastalık geçirdiniz mi?

Kollarınızda,bacaklarınızda uyuşma,güçsüzlük var mı?

Hiç nöbet geçirdiniz mi? Ani bir bilinç kaybı oldu mu?

Çok sık baş ağrınız olur mu?

Görme probleminiz var mı?

Lens kullanıyor musunuz?

Bel-sırt probleminiz var mı?

Eklemleriniz ile ilgili bir hastalığınız var mı?

Kansızlığınız var mı?

Son iki haftadır aspirin alıyor musunuz? En son ne zaman aldınız?

Kesilerde zor duran kanama gibi problemleriniz var mı?

Bacaklarınızda belirgin varisleriniz var mı?

Hiç psikiyatri danışmanınız oldu mu? Tedavi gördünüz mü?

Protez, köprü gibi diş problemleriniz var mı?

Düzenli bitkisel ilaç kullanır mısınız?

Bağımlılık yapıcı bir madde kullanıyor musunuz?

Bunların dışında belirtmek istedikleriniz?

Kadınlar için; Hamile misiniz?

Adet görüyorsanız son adet tarihiniz:

Alerjiniz

Şuanda kullandığınız ilaçlar

Geçirdiğiniz Ameliyatlar

Doküman No

Yayın Tarihi

Revizyon No

Revizyon Tarihi

Sayfa No

AH.FR.09

01.01.2008

05

17.01.2023

2 / 2