

Szent János Kórház és Észak-Budai Egyesített kórházak
010620115 Anaeszteziológiai Fájdalom Szakambulancia

Vezető főorvos: Dr. Nyulasi Tibor
1125 Budapest, Diós árok 1-3
Telefon: 45-84-500 Internet: www.janoskorhaz.hu

Vizsgálati lap

Beteg neve:

Anyja neve:

Beküldő munkahely:

Beküldő orvos:

Naplószám:

Beutalás dátuma:

Vizsgálat ideje:

TAJ száma:

Születési ideje:

Diagnózis:

Életkor:

Pémedikáció:

Születési súly: g

Koraszülött volt-e?

Születéskor volt-e gyermekével valami probléma?

ha igen, mi:

Beavatkozás:

Testsúly: kg

Tervezett ideje:

igen

nem

igen

nem

Fenn áll-e jelenleg vagy fenn állt-e korábban bármi a következő betegségek közül gyermekénél?

Ha igen, kérjük húzza alá a megfelelőt, vagy egészítse ki!

| | | |
|---|------|-----|
| -izombetegség, izomgyengeség | igen | nem |
| -szívbetegség, szívfejlődési rendellenesség, szívritmuszavar, szívzörej | igen | nem |
| -érbetegség, magas vérnyomás | igen | nem |
| -légtúti megbetegedés, hörghurut, croup, tüdőgyulladás, asthma, légzési nehézség | igen | nem |
| -horkol-e a gyermek? | igen | nem |
| -májbetegség, sárgaság, fertőző májgyulladás | igen | nem |
| -vesebetegség, húgyúti fertőzés | igen | nem |
| -cukorbetegség | igen | nem |
| -szembetegség, nagyfokú rövidlátás, zöldhályog | igen | nem |
| -idegrendszeri megbetegedés, lázgörcs, epilepszia, bénulás | igen | nem |
| -csont, ízületi betegségek | igen | nem |
| -vérárvadási zavar, vérzékenység | igen | nem |
| -családban volt-e trombózis, tüdőembólia | igen | nem |
| -daganatos megbetegedés | igen | nem |
| -van e gyermekének bármi betegsége a felsoroltakon kívül | igen | nem |
| ha igen mi: | | |
| -gyógyszert szed-e rendszeresen | igen | nem |
| ha igen, mit, hogyan | | |
| -van e gyermekének gyógyszerérzékenysége, allergiája | igen | nem |
| ha igen, milyen: | | |
| -volt e műtété, altatták-e már | igen | nem |
| ha igen, miért, mikor: | | |
| -történt-e bármi rendellenesség gyermekével altatás, érzéstelenítés során | igen | nem |
| ha igen, mi: | | |
| -történt-e közeli családtaggal bármi rendellenesség altatás, érzéstelenítés során | igen | nem |
| ha igen, mi: | | |
| kapott-e a gyerek vért, vérkészítményt | igen | nem |
| ha igen, volt-e szövődménye | | |
| -elmúlt két hétben volt-e gyermekénél köhögés, orrfolyás, láz, hasmenés | igen | nem |
| -kapott-e a gyerek négy héten belül védőoltást | igen | nem |
| ha igen, mit, mikor | | |
| -van-e gyermekének ragasztott vagy mozgó foga, fogszabályzója | igen | nem |

-ha menstruál gyermeke, az utolsó menstruáció ideje:

Következő vizsgálatokat kérem:

Vélemény:

**Szülői hozzájárulás a műtéti érzéstelenítéshez
és a hozzá kapcsolódó szükséges beavatkozáshoz**

Dr. altatóorvos a mai napon megbeszélte velem a gyermekem végzendő beavatkozáshoz szükséges altatási, érzéstelenítési eljárást, a várható szövődményeket. Az érzéstelenítés lényegét megértettem, lehetőségem volt kérdéseket feltenni és azokra kielégítő válaszokat kaptam.

Megbízom a Szent János Kórház Központi Anaeszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztályt, hogy gyermekem tervezett beavatkozását az altatóorvos szerint megfelelő érzéstelenítési eljárás segítségével végezzék el, az érzéstelenítést a beavatkozás közben esetlegesen felmerülő új szakmai igényeknek, vagy problémáknak megfelelően szükség esetén módosítsák.

Megjegyzés:

Budapest, 2021.02.23.

.....
orvos aláírása

.....
törvényes képviselő aláírása