

P

SZ

BG

Stat.

Et


**AnästhesieNetz  
Rhein-Ruhr**
**Merkez:**

MEDICO-Haus

Westenfelder Straße 62/64

44867 Bochum (Wattenscheid)

Telefon 0 23 27 – 99 13 0

Telefax 0 23 27 – 99 13 10

www.anaesthesienetz.de

info@anaesthesienetz.de



## Yetişkinlerde genel anestezi soru formu

Lütfen ilgili olanı işaretleyiniz, altını çiziniz veya tamamlayınız:

E = Evet H = Hayır ? = Bilmiyorum

Soyadı: \_\_\_\_\_ Yaş: \_\_\_\_\_

Adı: \_\_\_\_\_ Boyu: \_\_\_\_\_ cm

Mesleği: \_\_\_\_\_ Kilosu: \_\_\_\_\_ kg

 Cinsiyet: Kadın 

 Erkek 

Cerrah: \_\_\_\_\_ Has. No: \_\_\_\_\_

 • Son 6 ay içerisinde tıbbi tedavi gördünüz mü?  E  H  
 Evetse, neden? \_\_\_\_\_

 • Son haftada **ishâl** veya **kusma** oldu mu?  E  H

 • **Hamilelik** söz konusu mu?  E  H

 • **Emziriyor musunuz?**  E  H

 • Hâlihazırda üst **solunum yolları enfeksiyonu**,  
**ateş**, **mide-bağırsak enfeksiyonu** türünden bir  
 şikâyetiniz var mı?  
 Evetse, ne zamandan beri? \_\_\_\_\_

 • Başka bir **enfeksiyonlu hastalıktan ikâyetçi misiniz?**  E  H  
 Evet: \_\_\_\_\_

 • Vücudunuzda **yabancı cisimler** taşıyor musunuz?  E  H  
 (Protez, stent, kalp pili, piercing, spiral)

 • Son günlerde veya haftalarda **ilaç** kullandınız mı?  E  H  
 (örn. ağrı kesici, kalp/dolaşım sistemi ilaçları, hormon veya ASS,  
 Macumar, Clopidogrel, Plavix gibi pıhtılaşmayı önleyen ilaçlar)  
 Evetse, hangileri? \_\_\_\_\_

 • Daha önce bir ameliyat geçirdiniz mi?  E  H

\_\_\_\_\_ Yıl: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Yıl: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Yıl: \_\_\_\_\_

Tıbbi müdahale esnasında veya daha sonra bir

**şikâyetiniz** veya **komplikasyon** (örn. kanama) oldu mu?  E  H

Evet: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

 Kan hısımlarında narkoz nedeniyle bir sorun yaşandı mı?  E  H

Evet: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

 • Daha önce **kan** veya kan bileşenleri **verildi mi?**  E  H  
 Bunda uyumsuzluk reaksiyonu yaşandı mı?  E  H

Evet: \_\_\_\_\_

 • (Aşağıdaki organlarınızdan birinden) **hasta mıydınız /  
 hasta mısınız?** (ilgili olanın altını çiziniz)

**Kalp / Dolaşım sistemi:** Bedensel performansta azalma,  
 kalp rahatsızlığı, angina pectoris, ritim bozukluğu,  
 kalp kası iltihabı, enfaktüs, yüksek / düşük tansiyon,  
 zorlanma halinde nefes darlığı?  E  H

**Damarlar:** Varis, tromboz, kan dolaşımı bozuklukları,  
 felç, emboli?  E  H

**Tiroit bezi:** Fazla çalışması / Yeterince çalışmaması, guatr?  E  H

**Yemek borusu, sindirim sistemi:** Daralma, kırılma,  
 ülser, reflü, kronik iltihaplı bağırsak hastalıkları?  E  H

**Akciğer / Solunum yolları:** Kronik bronşit, astım,  
 COPD, uyku apnesi, akciğer iltihaplanması, TBC  
 veya anfizem?  E  H

**Sinir sistemi:** Epilepsi (kasılma nöbetleri), inme,  
 depresyon, ruhsal hastalıklar?  E  H

**Metabolizma:** Şeker hastalığı, gut hastalığı?  E  H

**Böbrekler:** Diyalize bağımlılık, ağır derecede böbrek  
 yetmezliği, böbrek iltihaplanması, yüksek kreatinin  
 değeri, böbrek taşı?  E  H

**Karaciğer:** Siroz, sarılık, safra taşı, hepatit?  E  H

**Gözler:** Katarakt / Glokom, kontakt lens?  E  H

**Kulaklar:** Ağır işitme?  E  H

**Kan:** Fazla kanama eğilimi, pıhtılaşma bozukluğu,  
 pıhtılaşmayı önleyen ilaçlar alma (ASS, Macumar,  
 Clopidogrel, Plavix gibi)?  E  H

**Kaslar:** Sizde miyasteni veya kas atrofisi saptandı mı?  E  H

**Kan hısımlarınızda** bu türden hastalık  
**belirtileri** var mı?  E  H

 • Sizde genetik yapıya bağlı olarak **malign hipertermi**  
 eğilimi saptandı mı?

 (narkozda aşırı ateşle başgösteren metabolik düzensizlik)  E  H

• İlaçlara karşı bir uyumsuzluğunuz saptandı mı?

– **Paracetamol** (örn. Ben-u-ron, PCM, Treupel, Captin, Pardialgon, Enelfa v.b.)

?  E  H

– **Novaminsulfon** (örn. Novaljin)

?  E  H

– **Lokal anestezi ilaçlarına**

?  E  H

Daha başka ilaçlara karşı bir uyumsuzluğunuz var mı?

E  H

Evetse, hangi maddelere? \_\_\_\_\_

• **Diğer alerjiler veya uyumsuzluklar:**

– Toza, polene, hayvan tüyüne

E  H

– Yara bandına, iyota, gıda maddelerine veya meyveye

E  H

– Latekse (balona) veya: \_\_\_\_\_

E  H

Bu alerjilerden biri **solunum yollarını** etkiliyor mu?

E  H

• Ne kadar sıklıkla **alkol** alıyorsunuz (haftada)?

(İlgili olanın altını çiziniz)

Hiç / Nadiren / Düzenli ol. / Bira / Şarap / Fazla alkollü

• **Sigara** içiyor musunuz? Kaç sigara? \_\_\_\_\_ Sig. günde

E  H

• **Uyuşturucu** kullanıyor musunuz veya kullandınız mı?

E  H

Evetse, hangileri? \_\_\_\_\_

• Düzenli olarak **uyku ilacı veya yatıştırıcı** alıyor musunuz?

E  H

Evetse, hangileri? \_\_\_\_\_

• Kronik ağrılarınız var mı?

E  H

• Dişlerinizde çürük veya bozukluk var mı?

E  H

– Diş protezi kullanıyor musunuz?

E  H

**Zahnstatus | Diş durumu** (Doktor tarafından doldurulacaktır)

	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8			
Re				V	IV	III	II	I		I	II	III	IV	V					Milchzähne	Li
Sağ				V	IV	III	II	I		I	II	III	IV	V					Süt dişleri	Sol
	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8			

e = ersetzt | f = fehlend | z = zerstört | b = Brücke | k = Krone | c = kariös  
e = yenilenmiş | f = eksik | z = bozuk | b = köprü | k = kaplama | c = çürük

• İşitme cihazı takıyor musunuz?

• Bu soru formunda belirtilmemiş olan **başka hastalıkları**

veya engeliniz var mı veya **önemli gördüğünüz ama**

**şimdiye kadar?**

E  H

Evet, şunlar: \_\_\_\_\_

• **Yan vasiyet** var mı?

E  H

**Hasta, narkozdan sonraki ilk 24 saat içerisinde yalnız başına trafiğe çıkamaz, makine kullanamaz ve önemli kararlar alamaz. Hastaya eve dönerken, reşit bir kişi tarafından eşlik edilmelidir. Hastaneye yatırmaksızın yapılan narkozlu tıbbi müdahalelerde hastanın ilk 24 saat içerisinde evde kesintisiz bakılması gereklidir!**

• Bu süre zarfında size kim bakacak?

\_\_\_\_\_ Yaş: \_\_\_\_\_

• Tıbbi müdahaleden sonraki ilk 24 saat içerisinde sürekli bakım imkânı sağlandı mı?

E  H

• Telefonunuz var mı?

E  H

**Önkoduyla beraber tel. no.:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

• Evinizden ev doktorunuzun muayenehanesine

veya bir hastaneye 30 dakika içerisinde ulaşılabilir mi?

E  H

• Sizi arabayla götürecek birisi var mı veya hemen bir taksi çağrılabilir mi?

E  H

**Bilgilendirme görüşmesinden sonra onay:**

Narkoz hakkında ayrıntılı bir bilgilendirme görüşmesi

yüzyüze  şu tarihte: \_\_\_\_\_ / telefonla  şu tarihte: \_\_\_\_\_

Bayan / Bay Dr. \_\_\_\_\_ ile yapıldı.

Bu görüşmede bana öngörülen narkoz işlemi açıklandı ve diğer yöntemlere oranla avantaj ve dezavantajları hakkında görüldü.

Daha önce doldurulan soru kısmına dayanarak, riski artırıcı özellikler, muhtemel komplikasyonlar ve muhtemelen gerekli yan ve müteakip müdahaleler de açıklandı. Tüm sorularına anlayacağım şekilde cevap verildi.

**„Yetişkinlerde hastaneye yatırmaksızın narkoz için hastalara bilgi“ broşürünü aldım ve okudum, davranış kurallarına riayet edeceğim.** Sağlık geçmişime ilişkin sorulara mevcut bilgilerim dahilinde cevap verdim.

**Her şeyi ayrıntılı olarak düşündüm ve öngörülen şu tıbbi müdahale çerçevesinde:** \_\_\_\_\_

**şunun için onay veriyorum:**

Şu yolla genel anestezi:

Maske / Larengal maske / İntübasyon

Şu yolla lokal anestezi:

Winnie yöntemiyle pleksus blok anestezi / ayak blok (foot block) / I'de 3 Blok (femoralis blok) / koltuk altı pleksus blok anestezi

Narkoz işleminde tıbbi açıdan gerekli görülen tüm değişikliklerin ve gelişmelerin yapılmasını kabul ediyorum. **Şu önlemleri kesinlikle kabul etmiyorum:** \_\_\_\_\_

**LÜTFEN BURAYI İMZALAYINIZ:**

Hasta: \_\_\_\_\_ Tarih: \_\_\_\_\_

Varsa yasal vasisi / Tercüman: \_\_\_\_\_

Anestezist: \_\_\_\_\_