

ANKIETA MEDYCZNA

1. Czy Państwa dziecko było leczone w ciągu ostatnich 12. miesięcy?		
a) Tak - z powodu jakiej choroby (odra, płonica, inne)?		
b) Nie		
2. Czy Państwa dziecko było szczepione w ciągu ostatnich trzech miesięcy ?	Tak	Nie
3. Czy Państwa dziecko przyjmowało lekarstwa przed przyjęciem do szpitala?		
a) Tak - jakie?		
b) Nie		
4. Czy Państwa dziecko było już kiedyś operowane?		
a) Tak - kiedy (miesiąc/rok) i dlaczego ?		
b) Nie		
5. Czy obserwowane w czasie narkozy szczególne reakcje?		
a) Tak - jakie?		
b) Nie		
6. Czy u bliskich krewnych dziecka doszło w związku z narkozą do niewyjaśnionych powikłań?	Tak	Nie
7. Czy Państwa dziecko otrzymywało kiedyś transfuzję krwi?	Tak	Nie
8. Czy towarzyszyły temu komplikacje?	Tak	Nie
9. Czy Państwa dziecko cierpi lub cierpiało kiedyś na schorzenia mięśni lub osłabienie mięśni (miastenia)?	Tak	Nie
10. Czy takie schorzenia występowały lub występują u bliskich krewnych dziecka?	Tak	Nie
11. Czy Państwa dziecko cierpi lub cierpiało kiedyś na wadę serca?		
a) Tak - jaką?		
b) Nie		
12. Czy wydolność fizyczna dziecka jest ograniczona?	Tak	Nie
13. Czy Państwa dziecko sinieje przy dużych wysiłkach?	Tak	Nie
14. Czy Państwa dziecko cierpi lub cierpiało kiedyś na duszności?	Tak	Nie
15. Czy Państwa dziecko często choruje na zapalenie oskrzeli?	Tak	Nie
16. Czy Państwa dziecko choruje na astmę	Tak	Nie
17. Czy Państwa dziecko choruje na gruźlicę?	Tak	Nie
18. Czy Państwa dziecko choruje na inne schorzenia płuc?		
a) Tak - jakie?		
b) Nie		
19. Czy Państwa dziecko przechodziło żółtaczkę?	Tak	Nie
20. Czy Państwa dziecko ma wzmożoną skłonność do krawień?	Tak	Nie
21. Czy Państwa dziecko ma skłonność do siniaków?	Tak	Nie
22. Czy Państwa dziecko ma często zapalenia pęcherza moczowego?	Tak	Nie
23. Czy Państwa dziecko przechodziło zakażenia dróg moczowych z wysoką temperaturą?	Tak	Nie
24. Czy Państwa dziecko cierpi na choroby układu nerwowego?	Tak	Nie
25. Czy Państwa dziecko miało w czasie gorączki drgawki lub kurcze?	Tak	Nie

26. Czy Państwa dziecko ma lub miało drgawki?		
a) Tak - kiedy?	
b) Nie		
27. Czy Państwa dziecko cierpi na katar sienny?	Tak	Nie
28. Czy Państwa dziecko miało wysypki po lekach lub innych substancjach?		
a) Tak - jakich?	
b) Nie		
29. Czy Państwa dziecko choruje na cukrzycę?	Tak	Nie
30. Czy Państwa dziecko choruje na nietolerancję fruktozy (cukier owocowy, soki, owoce)?	Tak	Nie
31. Czy Państwa dziecko cierpi lub cierpiało kiedyś na schorzenia gruczołów wewnętrznego wydzielina (tarczycza, nadnercza)?		
a) Tak - jakiego gruczołu?	
b) Nie		
32. Czy Państwa dziecko cierpi lub cierpiało kiedyś na chorobę oczu?		
a) Tak - jaką?	
b) Nie		
33. Czy Państwa dziecko ma uszkodzone zęby (ruszające się zęby, aparaty lub protezy zębowe)?	Tak	Nie
34. Czy Państwa dziecko cierpi lub cierpiało na częste zapalenie migdałków?		
a) Tak - kiedy ostatnio?	
b) Nie		
35. Czy Państwa dziecko cierpi lub cierpiało kiedyś na choroby uszu?		
a) Tak - kiedy ostatnio?	
b) Nie		
36. Proszę o wypisanie schorzenia i/lub kalectwa nie wymienionego powyżej.	

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Oświadczam, iż zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia PE i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej jako: „RODO”, wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w Ankiecie Medycznej, w tym danych szczególnych kategorii (tzw. danych wrażliwych), o których mowa w art. 9 RODO przez Administratora danych osobowych, tj. (ODONTIC GŁOWACKIEGO 17 A, 39-200 DĘBICA, Polska) oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych oraz aplikacjach wykorzystywanych przez Administratora, w tym w aplikacji FELG Dent - w celu ochrony zdrowia, udzielania oraz zarządzania udzielaniem świadczeń zdrowotnych, utrzymania systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnienia bezpieczeństwa tego systemu.

Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie. Zostałem/am również poinformowany/a o zasadach przetwarzania moich danych osobowych, w tym w szczególności, że dane zbierane są przez (ODONTIC GŁOWACKIEGO 17 A, 39-200 DĘBICA, Polska) - Administratora danych osobowych, o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te mogą być udostępniane innym podmiotom.

Udzieliłam/em rzetelnych informacji na temat mojego dziecka na powyżej zadane pytania.

Zostałem poinformowana/y o:

- sposobie przeprowadzenia znieczulenia
- alternatywnych metodach znieczulenia
- potencjalnych następstwach i powikłaniach planowanego znieczulenia:
 - * nudności, wymioty, bóle głowy
 - * zakażenia
 - * uszkodzenie mięśni, nerwów
- * ostra niewydolność krążeniowo - oddechowa, nagłe zatrzymanie krążenia
 - * aspiracja treści żołądka
 - * krwiak i ropień okolicy znieczulenia
 - * przejściowa zmiana głosu (chrypka)
 - * uszkodzenie zębów podczas intubacji
 - * inne

- ewentualnej konieczności zmiany lub rozszerzenia postępowania anestezyjologicznego, które okaże się niezbędne, w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia
- ewentualnej konieczności przetoczenia krwi lub preparatów krwiozastępczych w razie wystąpienia takiej potrzeby i o ewentualnym ryzyku i zdarzeniach niepożądanych z tym związanych

Data

Podpis pacjenta / Opiekuna
(Podpisano z autoryzowanej aplikacji dla
pacjenta)