

PREOPERATIVE ANESTHESIA INFORMATION

TO BE FILLED IN BY EVERY PATIENT SCHEDULED FOR SURGERY

<p>The answers to the questions provide part of the information needed by your anesthesiologist to select the most suitable type of anesthesia for you and your particular situation.</p>	<p>Las respuestas a las siguientes preguntas, forman parte de la información que necesita el anesthesiologo para poder escoger el tipo de anestesia más apropiado.</p>	<p>Xin vui lòng trả lời các câu hỏi dưới đây để bác sĩ thuốc mê có thể chọn phương thức gây mê thích hợp nhất cho cuộc giải phẫu.</p>
<p>HT _____ WT _____</p> <p align="right">YES NO</p> <p>1. Do you or any family member have history of problems with anesthesia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>HAVE YOU EVER BEEN: YES NO</p> <p>2. Seriously ill? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>3. Hospitalized anywhere? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>4. A patient in this hospital? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>5. Had any surgical operations? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>6. Do you have any allergies to medications or foods? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>7. Do you take any medication regularly (Prescription or over-the-counter)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>8. Do you have dentures, loose or capped teeth? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>9. Are you hard of hearing or do you use hearing aids? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Estatura _____ Peso _____</p> <p align="right">SI NO</p> <p>1. ¿Tiene Ud. o algun familiar complicaciones con anestesia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>¿ALGUNA VEZ HA ESTADO: SI NO</p> <p>2. ¿Enfermo de gravedad? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>3. ¿Hospitalizado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>4. ¿Como paciente en este hospital? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>5. ¿Ha sido operado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>6. ¿Es alérgico a alguna medicina o comida? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>7. ¿Tomo alguna medicina con regularidad? (Con o sin receta médica) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>8. ¿Usa dentaduras, coronas o dientes sueltos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>9. ¿Tiene dificultades para oír o utiliza algún aparato para oír? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>CHIỀU CAO _____ TRỌNG LƯỢNG _____</p> <p align="right">CÓ KHÔNG</p> <p>1. Bạn hay người trong gia đình có ai gặp trở ngại về thuốc mê không? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>CÓ BAO GIỜ ÔNG/BÀ CÓ KHÔNG</p> <p>2. Bị bệnh trầm trọng? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>3. Nằm nhà thương ở bất cứ nơi nào? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>4. Là bệnh nhân của bệnh viện này? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>5. Đã từng bị giải phẫu? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>6. Bị dị ứng với bất cứ loại dược phẩm hoặc thực phẩm nào không? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>7. Uống bất cứ loại thuốc gì thường xuyên? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>8. Có đeo răng giả không? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>9. Bị lãng tai hoặc phải đeo máy trợ thính không? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p align="right">YES NO</p> <p>10. Do you smoke? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> How much? _____</p> <p>11. Do you drink alcohol? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> How much? _____</p> <p>12. Do you take any street drugs? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> How much? _____</p>	<p align="right">SI NO</p> <p>10. ¿Fuma? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Cuánto fuma? _____</p> <p>11. ¿Toma bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Cuánto toma Ud.? _____</p> <p>12. ¿Toma drogas de la calle? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Cuánto? _____</p>	<p align="right">CÓ KHÔNG</p> <p>10. Có hút thuốc không? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bao nhiêu? _____</p> <p>11. Có uống rượu không? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bao nhiêu? _____</p> <p>12. Có dùng bất cứ ma túy nào không? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bao nhiêu? _____</p>
<p>HAVE YOU EVER HAD: YES NO</p> <p>13. Frequent Headaches? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>14. Fainting spells or loss of consciousness? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>15. Seizures? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>16. Diabetes? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>17. High blood pressure? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>18. Rheumatic fever? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>19. Heart trouble, heart attack or heart surgery? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>20. Anemia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>21. Blood transfusion? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>22. Bleeding disorder (ex: hemophilia, polycythemia)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>23. Jaundice? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>24. Hepatitis? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>25. Difficulty breathing or shortness of breath? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>26. Lung disease (ex: pneumonia, asthma, tuberculosis)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>27. Recent cold (past 2 weeks)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>28. Hiatal hernia or ulcer? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>29. Frequent back pain? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>30. Rheumatoid arthritis or porphyria? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>31. Numbness tingling weakness? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>32. Last ate (on day of surgery)? _____</p>	<p>¿ALGUNA VEZ HA TENIDO: SI NO</p> <p>13. ¿Dolores de cabeza frecuentes? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>14. ¿Desmayos o pérdida del conocimiento? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>15. ¿Ataques? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>16. ¿Diabetes? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>17. ¿La presión alta? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>18. ¿Fiebre reumática? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>19. ¿Problemas del corazón, ataque al Corazón o cirugía (operación) del corazón? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>20. ¿Anemia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>21. ¿Transfusión de sangre? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>22. ¿Flujos de sangre (ej: hemofilia, policitemia)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>23. ¿Ictericia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>24. ¿Hepatitis? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>25. ¿Dificultad al respirar o falta de aire? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>26. ¿Enfermedades de los pulmones (ej: neumonía, asma, tuberculosis)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>27. ¿Resfriado reciente (últimas 2 semanas)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>28. ¿Hernia hiatal o úlcera? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>29. ¿Dolores frecuentes de espalda? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>30. ¿Artritis reumatoide o porfiria? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>31. ¿Adormecerse hormigueo debilidad? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>32. ¿Ultimo alimento ingerido? (el día de la operación) _____</p>	<p>CÓ BAO GIỜ ÔNG/BÀ BỊ CÓ KHÔNG</p> <p>13. Nhức đầu thường xuyên? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>14. Chóng mặt hoặc bất tỉnh? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>15. Động kinh? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>16. Tiểu đường? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>17. Áp huyết cao? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>18. Sốt sung khớp? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>19. Bệnh tim, đau tim hoặc giải phẫu tim? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>20. Thiếu máu? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>21. Truyền máu? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>22. Bệnh về máu? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>23. Bệnh vàng da? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>24. Bệnh gan? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>25. Khó thở hoặc ngộp thở? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>26. Bệnh phổi (sung phổi, suyễn, lao)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>27. Mới bị cảm (trong vòng 2 tuần) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>28. Đau hoặc loét bao tử? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>29. Đau lưng thường xuyên? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>30. Đau khớp xương do phong thấp? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>31. Tê ngoài da hoặc yếu chân tay? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>32. Ông/Bà ăn lần cuối vào lúc nào _____</p>

ANESTHESIA CONSULTATION

Date _____