

**Předoperační vyšetření a anamnéza**

Jméno pacienta/ky	
Rodné číslo	
Datum operace	
Operační výkon	
Anestezie	celková

**1. Anamnéza:**

<b>Porod a poporodní průběh:</b>
<b>Alergie:</b>
<b>Očkování:</b>
<b>Operace:</b>
<b>Úrazy:</b>
<b>Nemocnost:</b>
<b>Sledování u odborného lékaře:</b>
<b>Užívané léky:</b>

**2. Somatický náález a posouzení schopnosti operace v celkové anestézii z hlediska pediatra:**

(U plánovaného výkonu a pacientů s ASA 1 a ASA 2 postačuje vyjádření pediatra se zhodnocením zdravotního stavu dítěte. Odběry pouze v indikovaných případech (prematurita s anémií, koagulopatie, dlouhodobé onemocnění apod...)

<b>Datum</b>	
<b>Jméno a podpis pacienta/zákonného zástupce/opatrovníka</b>	
<b>Podpis a jmenovka dětského lékaře</b>	