



Ημερομηνία:

Όνομα Ασθενούς:

ΑΜΚΑ:

Ημερομηνία Γέννησης:

Ημερομηνία Εξέτασης:

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΗΣΗΣ

- Περάσατε κάποιο έμφραγμα ή εγκεφαλικό τους τελευταίους 6 μήνες;
ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
- Υποφέρετε από καρδιακούς πόνους στήθους σε τακτά χρονικά διαστήματα;
ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
- Έχετε τοποθετημένα καρδιακά στεντς τους τελευταίους 3 μήνες;
ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
- Έχετε πρόβλημα με βαλβίδα της καρδιάς;
ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
- Έχετε κάνει ποτέ αιμοκάθαρση;
ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
- Πάσχετε από υπνική άπνοια; Χρησιμοποιείτε κάποιο μηχανήμα;
ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
- Είχατε ποτέ κάποια επιπλοκή μετά από αναισθησία;
ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
- Μήπως ο ασθενής πάσχει από άνοια η Αλτσχάϊμερ;
ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Το ερωτηματολόγιο αυτό θα μείνει στον ιατρικό σας φάκελο για μία εβδομάδα και στη συνέχεια θα καταστραφεί.

Παρακαλούμε να δώσετε **ακριβείς πληροφορίες.**