



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Döküman Kodu : SHB.FR.89

Yayın Tarihi : 06.01.2022

Revizyon No : -

Revizyon Tarihi : -

Sayfa No : 1/1

GENEL ANESTEZİ HASTALARI İÇİN ANAMNEZ FORMU

Hastanın,

Tarih :/...../20.....

Adı Soyadı :

Dosya No : Yaşı :

- 1- Sistemik Rahatsızlık..... : Var Yok
- Santral Sinir Sistemi..... : Epilepsi
- Kardiyovasküler Sistem..... : ASD VSD Konjenital Kalp Yetmezliği Üfürüm
- Endokrin Sistem..... : Diabet
- Solunum Sistemi..... : Astım Bronşit
- Kanama Problemleri..... : Anemi Nötropeni Trombositopeni Hemofili Lösemi
- Antikoagülan İlaç Kullanımı..... :
- Alerji..... :
- Engellilik Durumu..... : Serebral Palsy Down Sendromu Otizm
- İşitme, Görme, Yürüme Engeli..... : Mental Retardasyon
- Kullandığı İlaçlar..... :
- Geçirmiş Olduğu Operasyonlar..... :
- İmmün Yetmezlik..... :
- Kanser..... :
- Dikkat Eksikliği..... :
- Diğer Rahatsızlıklar..... :

2- Daha Önce Anestezi Aldı mı? : Evet Hayır

3- Anestezi ile İlgili Herhangi Bir Sorun Yaşandı mı? : Evet Hayır

4- Ailede Anestezi ile İlgili Sorun Yaşayan Oldu mu? : Evet Hayır

Arrest-Allerji Hikayesi Var mı?..... :

Genetik Kas Hastalığı Var mı?..... :

Çocuğumda yukarıda belirtilen hastalıklar dışında takip altında olduğu sistemik hastalık yoktur. Verdiğim bilgilerin doğruluğunu teyit ederim.

Hasta Velisi Adı Soyadı :

Doktor Adı Soyadı :

Anne/Baba :

Tarih :

İmza :

İmza :