

# KARTA OCENY RYZYKA OKOŁOOPERACYJNEGO W PRZYPADKU COVID-19

			TAK	NIE
Imię i nazwisko Pacjenta:		Płeć męska?		
Data urodzenia:		Wiek >60 lat?		
Wzrost:	Masa ciała:	BMI >30 kg/m <sup>2</sup> ?		

CHOROBY I STANY TOWARZYSZĄCE	TAK	NIE
cukrzyca		
choroby płuc		
choroby serca lub nadciśnienie tętnicze		
choroby nerek lub wątroby		
choroba nowotworowa		
choroby lub leki obniżające odporność		

WYWIAD KLINICZNY	TAK	NIE
Czy w ciągu ostatniego <b>miesiąca</b> miał/a Pan/Pani wymienione objawy?	temperatura >37 °C lub dreszcze	
	kaszel, którego wcześniej nie było	
	duszność lub problemy z oddychaniem	
	ból głowy lub gardła	
	ból w mięśniach lub klatce piersiowej	
	utrata węchu lub smaku	
	biegunka, nudności lub wymioty	
	zapalenie spojówek oczu	
	wysypka skórna lub przebarwienia palców	

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY	TAK	NIE
Czy w ciągu ostatniego <b>miesiąca</b> zdarzyło się Panu/Pani	odwiedzać lekarza ?	
	<b>mieszkać z osobą zakażoną</b> koronawirusem ?	
	<b>kontaktować z osobą zakażoną</b> koronawirusem ?	

ZWYCZAJE OSOBISTE	TAK	NIE
Czy w ciągu ostatniego <b>tygodnia</b> zdarzyło się Panu/Pani	przebywać poza domem / posesją bez maski, zakrywającej nos i usta ?	
	dotykać przedmiotów poza domem / posesją lub robić zakupy bez rękawiczek ?	
	kontaktować się z innymi osobami w odległości <2 m bez maski (także w domu) ?	
	nie umyć / nie odkażić rąk po powrocie do domu lub przed posiłkiem ?	

SUBIEKTYWNE ODCZUCIE	TAK	NIE
Czy uważa Pan/Pani, że <b>może być teraz</b> lub mógł/mogła <b>wcześniej być</b> zakażony/a koronawirusem ?		

ZAKRES OPERACJI	TAK	NIE
Czy planowana jest <b>duża/długotrwała</b> operacja ?		
Czy planowane jest znieczulenie <b>ogólne</b> z <b>intubacją</b> dotchawiczą ?		

## PRZY WYSOKIM RYZYKU WYKONAJ TEST RT-PCR PRZED PLANOWĄ OPERACJĄ

Ryzyko może dotyczyć pacjenta (wiek >60 lat, obciążenia), wywiadu klinicznego i epidemiologicznego lub operacji

WYNIK WYMAZU:

<input type="checkbox"/>	ujemny
<input type="checkbox"/>	wątpliwy
<input type="checkbox"/>	dodatni

*UWAGA! Bez względu na wynik wywiadu, wymazu oraz innych badań, każdego pacjenta należy traktować jako potencjalnie zakażonego*

.....  
data wypełnienia

.....  
podpis i pieczęćka