

1. Quý vị có nhập viện trong vòng 6 tháng qua? _____ Có Không
2. LIỆT KÊ NHỮNG CUỘC GIẢI PHẪU TRONG QUÁ KHỨ:
-
3. a. Quý vị có gặp trở ngại với thuốc gây mê? _____ Có Không
 b. Có bất cứ ai trong gia đình gặp trở ngại với thuốc gây mê? _____ Có Không
4. Máu bị rối loạn hoặc phải uống thuốc cho loãng máu? _____ Có Không
5. Có bị cảm trong vòng 2 tuần vừa qua? _____ Có Không
6. Có bị bệnh tim? _____ Có Không
 Có bị nhồi máu cơ tim? _____ Có Không
7. Có bị bệnh cao máu? _____ Có Không
8. Có bị chứng bệnh hơi thở ngắn? _____ Có Không
 a. Có bị bệnh Xuyễn? _____ Có Không
 b. Có bị bệnh Khí Thủng? _____ Có Không
 c. Có bị bệnh Ho Mãn Tính/Viêm Khế Quản? _____ Có Không
9. Quý vị có hút thuốc hay đã từng hút thuốc? _____ Có Không
 Hút bao nhiêu điếu 1 ngày? _____ ngày bỏ hút thuốc? _____
10. Có bị bệnh vàng da hoặc viêm gan? _____ Có Không
11. Có bị hư thận? _____ Có Không
12. Bị loét bao tử, ợ chua, sa Thực Quản? _____ Có Không
13. Bệnh Tiểu Đường? _____ Có Không
14. Bệnh Phong Thấp? _____ Có Không
15. Tai biến mạch máu não hoặc bị co giật? _____ Có Không
16. Máu bị đông hoặc không tuần hoàn? _____ Có Không
17. Quý vị có uống rượu không? Bao nhiêu? _____ Có Không
18. Quý vị có sử dụng thuốc phiện như cocain, bạch phiến, kích thích thần kinh? _____ Có Không
19. Quý vị có bao giờ được chẩn bệnh AIDS? _____ Có Không
20. Quý vị có bao giờ bị lao phổi? _____ Có Không
21. Ngộ thở khi ngủ? _____ Có Không
22. Bị dị ứng với nhựa tổng hợp (latex)? _____ Có Không
23. Có những chứng bệnh khác thường hoặc được chẩn đoán? _____ Có Không
- THUỐC ĐANG UỐNG: _____

 Khoanh tròn thuốc đã uống

 Không uống thuốc

DỊ ỨNG: _____

Quý vị có đeo răng giả có thể gỡ ra? _____ Có Không

Lần cuối cùng ăn uống vào giờ nào?

ngày nào?