



**ANESTESIAREN AURREKO GALDETEGIA
CUESTIONARIO PREANESTÉSICO**

PROBA EDO INTERBENTZIO MOTA/ TIPO DE PRUEBA O INTERVENCIÓN:

ANESTESIOLOGIA ZERBITZUA/SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA

- **Egin al dizute inoiz ebakuntzarik?/¿Le han operado alguna vez?** **BAI/**SI **EZ/**NO
- **Izan al duzu arazorik anesthesiarekin?/¿Ha tenido algún problema con la Anestesia?**
..... **BAI/**SI **EZ/**NO
- **Ba al duzu bihotzeko arazorik?/¿Padece algún problema del Corazón?**
..... **BAI/**SI **EZ/**NO
- **Arteria-presioa altu duzu, edo altu izan duzu noizbait?/¿Tiene o ha tenido la Tensión Arterial elevada?** **BAI/**SI **EZ/**NO
- **Arnas eritasunen bat duzu?/¿Padece alguna Enfermedad Respiratoria?**
..... **BAI/**SI **EZ/**NO
- **Diabetesa duzu?/¿Padece Diabetes?**..... **BAI/**SI **EZ/**NO
- **Urdaileko eritasunik duzu?/¿Padece del Estómago?** **BAI/**SI **EZ/**NO
- **Eritasun infekto-kutsakorren eramailea al zara?/¿Es usted portador de alguna Enfermedad Infecto-Contagiosa?** **BAI/**SI **EZ/**NO
- **Giltzurruneko gaixotasunik al duzu?/¿Padece alguna Enfermedad Renal?**
..... **BAI/**SI **EZ/**NO
- **Gaixotasun neurologikorik edota neuromuskularrik al duzu?/ ¿Padece alguna Enfermedad Neurológica y/o Neuromuscular?**
..... **BAI/**SI **EZ/**NO
- **Alergiaren bat duzu?/¿Padece algún tipo de Alergia?** **BAI/**SI **EZ/**NO
- **Erretzailea zara? /¿Es fumador?** **BAI/**SI **EZ/**NO
- **Alkohola edaten al duzu normalean?/¿Es bebedor habitual de Alcohol?**
..... **BAI/**SI **EZ/**NO
- **Medikamenturik hartzen al duzu?/¿Toma medicamentos?**..... **BAI/**SI **EZ/**NO

Hala bada, idatzi medikamentuaren izena/En caso afirmativo, escriba el nombre de los medicamentos a continuación:

- | | |
|--------|---------|
| 1..... | 6..... |
| 2..... | 7..... |
| 3..... | 8..... |
| 4..... | 9..... |
| 5..... | 10..... |

Zein da zure pisua?/Escriba su peso =**Kg**

Zein da zure adina?/Escriba su edad =**Urte/años**

Erizainak betetzekoa/ A rellenar por la enfermera:

SARM **BAI/**SI **EZ/**NO

Data/Fecha:.....