



Datum:

Vprašalnik za pripravo na kolonoskopijo

Prosimo vas, da na vsa vprašanja skrbno odgovorite **skupaj s svojim izbranim osebnim zdravnikom** in obkrožite odgovor, ki velja za vas.

Zdravniku, ki bo pri vas opravil kolonoskopijo, bodo odgovori v veliko pomoč, da bo za vas določil najboljši način zdravljenja in da bo preiskava izvedena varno ter brez nepotrebne prelaganja.

1. Sorodnik prvega reda (oče, mati, brat, sestra, polbrat, polsestra, sin, hči) je zbolel za rakom na debelem črevesu ali danki pred 60. letom starosti. ne vem da ne
2. Sorodnik prvega reda (oče, mati, brat, sestra, polbrat, polsestra, sin, hči) je zbolel za rakom na debelem črevesu ali danki po 60. letu starosti. ne vem da ne
3. Dva ali več krvnih sorodnikov drugega reda je zbolelo za rakom na debelem črevesu ali danki. ne vem da ne
4. Na kolonoskopiji sem že bil/-a. da ne
Datum zadnje kolonoskopije:
Diagnoza:
5. Zdravim se zaradi kronične vnetne črevesne bolezni.¹
Crohnova bolezen da ne
Ulcerozni kolitis da ne

¹ Bolnik, ki se zdravi zaradi Crohnove bolezni ali ulceroznega kolitisa, mora pred presejalno kolonoskopijo opraviti pregled pri svojem gastroenterologu, ki bo odločil o indikaciji za kolonoskopijo.

Izpolnite skupaj z izbranim osebnim zdravnikom.

6. Zdravim se z antiagregacijskim² ali antikoagulacijskim zdravilom (zdravila proti strjevanju krvi).

a) Ne.

b) Da. Navedite zdravilo/a: _____

Po posvetu z izbranim osebnim zdravnikom ali drugim zdravnikom specialistom, ki je zdravilo uvedel, bom s terapijo prekinil/-a: _____ dni pred posegom.

Test hemostaze po prekinitvi terapije z varfarinom (vrsta in vrednost): _____
datum izvida: _____

7. Zdravim se s preparati železa.

a) Ne.

b) Da. Terapijo je potrebno prekiniti 7-10 dni pred posegom.

8. Prejemam zdravila zaradi sladkorne bolezni (tablete, inzulin).

a) Ne.

b) Da. Terapijo je potrebno pred posegom prilagoditi po navodilu izbranega osebnega zdravnika ali diabetologa.

9. Imam vstavljen defibrilator.

a) Ne.

b) Da.

10. Imam prepoznane alergije na zdravilo/a.

a) Ne.

b) Da. Navedite zdravilo/a: _____

11. Po navodilu zdravnika je zaradi mojega zdravstvenega stanja pred, med in/ali po kolonoskopiji potrebno jemati naslednje/a zdravilo/a. Navedite zdravilo/a:

12. Druge posebnosti mojega zdravstvenega stanja, ki bi lahko vplivale na kolonoskopijo (npr. dializa, kronična obstruktivna pljučna bolezen, bolezen jeter, srčni spodbujevalnik,...):

Klinični status preiskovanca/-ke (označi zdravnik/-ca)

Označite	Razred	Opis zdravstvenega stanja
	ASA I	brez organskih, fizioloških, psihiatričnih motenj
	ASA II	bolnik z dobro urejeno kronično boleznijo, brez močnejše izraženih sistemskih znakov
	ASA III	bolnik s kronično boleznijo z izraženimi sistemskimi posledicami in občasnimi poslabšanji
	ASA IV	bolnik s kronično boleznijo, ki je slabo urejena, s pogostimi poslabšanji, ki ogrožajo življenje - pri osebi se kolonoskopijo opravi po stabilizaciji zdravstvenega stanja

2 Endoskopist se vedno lahko pred načrtovano kolonoskopijo odloči za od 5- do 7-dnevno prekinitve zdravljenja z acetilsalicilno kislino, upoštevajoč tveganje za tromboembolijo ob prekinitvi zdravljenja in tveganje za krvavitev ob nadaljevanju zdravljenja z acetilsalicilno kislino.