

1. Họ và tên người bệnh:..... Tuổi:..... Nam Nữ

Cân nặngkg Chiều cao.....cm Mang thai, ghi rõ tuổi thai.....

Thói quen: Hút thuốc Uống rượu Khác.....

Nhóm máu:.....

2. Chẩn đoán:

3. Phương pháp phẫu thuật/thủ thuật:

4. Tiền sử nội khoa:	Không	Có, đánh giá tiếp các nội dung sau:
Bệnh tim mạch:	Không Có:	Bệnh hô hấp: Không Có:
Tăng huyết áp	Loạn nhịp tim	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính- COPD
Bệnh van tim	Bệnh mạch vành	Suyễn/Hen phế quản
Suy tim mạn	Rối loạn chuyển hóa	Đái tháo đường: Không Có, thời gian:
	mỡ	năm
Suy thận mạn	Rối loạn nhận thức	Rối loạn đông máu: Không Có:
Tiền sử ngũ huyết	Say tàu xe	Dễ tụ máu, bầm tím
		Chảy máu bất thường (Tai-Mũi-Họng, Răng, Phụ khoa, lúc sinh).

5. Tiền sử ngoại khoa:.....

6. Tiền sử gây mê, gây tê: gây tê..... số lần..... gây mêsố lần.....
 Tiền sử dị ứng thuốc: Mức độ dị ứng:

7. Thuốc đang điều trị (Tên, liều lượng, liều lần cuối):.....

8. Khám lâm sàng:

Nhiệt độ:.....°C Mạch:.....lần /phút HA:.....mmHg Nhịp thở:.....lần/phút SpO2:.....%
 Tim mạch:.....

Hô hấp: Nhiễm trùng đường hô hấp trên: Không Có
Cột sống: Bình thường Bất thường, ghi rõ:.....
Các dấu hiệu khác có liên quan:.....
Đường truyền tĩnh mạch khó: Không Có, ghi rõ:.....

Đánh giá đường thở:

Cử động cổ:.....	Góc gấp ưỡn: > 90° < 90°				
Mallampati:	I	II	III	IV	
Há miệng:	cm	Trên 3cm	Khoảng cách cằm - sụn giáp:.....cm Trên 6 cm		
Răng giả:	Không	Có (tháo được)	Có (Cố định)		
Phân loại ASA:	Loại I	Loại II	Loại III	Loại IV	Loại V

9. Xét nghiệm (bất thường cần lưu ý):

10. Dự kiến thuốc, cách vô cảm:

11. Dự kiến giảm đau sau phẫu thuật:

12. Đề nghị khác:

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Bác sĩ khám
(Ký, ghi rõ họ tên)