

Imię i nazwisko:

PESEL/data urodzenia:

Poznań, dnia

Zadaniem lekarza anestezjologa jest zapewnienie największego bezpieczeństwa i komfortu pacjentowi podczas zabiegów operacyjnych. Pewne zabiegi można przeprowadzić w znieczuleniu regionalnym (przewodowym) obejmującym znieczuleniem tylko określoną część ciała. Wbrew obawom niektórych pacjentów znieczulenie regionalne w okolicy kręgosłupa niezwykle rzadko powoduje uszkodzenie nerwów.

Anestezjolog nadzoruje podczas każdego zabiegu podstawowe parametry życiowe (tętno, ciśnienie, oddech, itd.) i natychmiast reaguje na niekorzystne zdarzenia.

Ankieta anestezjologiczna służy do zebrania informacji, na podstawie których możliwe będzie wybranie najbardziej optymalnego rodzaju znieczulenia. Prosimy **bardzo dokładnie odpowiedzieć na podane pytania. Wszystkie niejasności prosimy poruszyć podczas rozmowy z anestezjologiem i w jego obecności podpisać zgodę na znieczulenie.**

Wskazówki dla osób, które są znieczulane w szpitalu:

- 1) Powstrzymać się od jedzenia i picia na 6 godzin przed znieczuleniem.
- 2) Zapewnić sobie opiekę osoby dorosłej przynajmniej przez 12 godz. po opuszczeniu szpitala.
- 3) Powstrzymać się od prowadzenia jakichkolwiek pojazdów przez 24 godziny od znieczulenia.

WYWIAD CHOROBY

Prosimy o zaznaczenie właściwej odpowiedzi w części przeznaczony do wypełnienia przez pacjenta (lewa kolumna w poniższej tabeli – **str. 1-2**):

WYPEŁNIA PACJENT			
Wiek	lat	Wzrost	cm Masa
kg			
Przebyte zabiegi	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Jakie?
Powikłania znieczulenia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
			WYPEŁNIA ANESTEZJOLOG
Choroby układu sercowo - naczyniowego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> nadciśnienie tętnicze <input type="checkbox"/> choroba wieńcowa <input type="checkbox"/> zawał serca <input type="checkbox"/> stent <input type="checkbox"/> niewydolność serca <input type="checkbox"/> blok P/K <input type="checkbox"/> arytmie <input type="checkbox"/> bradykardia <input type="checkbox"/> tachycardia <input type="checkbox"/> wady zastawkowe <input type="checkbox"/> stymulator serca <input type="checkbox"/> zakrzepica żylna <input type="checkbox"/> inne
			<input type="checkbox"/> niestabilna / ciężka) <input type="checkbox"/> w ostatnich 90 dniach) <input type="checkbox"/> zdekompensowana) <input type="checkbox"/> dużego stopnia) <input type="checkbox"/> objawowe) <input type="checkbox"/> kardiowerter / defibrylator

Imię i nazwisko:

PESEL/data urodzenia:

WYPEŁNIA PACJENT	WYPEŁNIA ANESTEZJOLOG
Choroby układu oddechowego <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> gruźlica <input type="checkbox"/> astma <input type="checkbox"/> rozedma <input type="checkbox"/> przewlekłe zap. oskrzeli <input type="checkbox"/> pylica <input type="checkbox"/> inne
Uczulenia <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> leki (<input type="checkbox"/> jodyna) <input type="checkbox"/> plaster <input type="checkbox"/> pyłki <input type="checkbox"/> katar sienny
Przyjmowane leki, suplementy diety, szczepienia ochronne <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Jakie?
Użytki <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> chroniczny palacz <input type="checkbox"/> (ryzyko z. abstynencyjnego) <input type="checkbox"/> nadużywanie alkoholu <input type="checkbox"/> leki odurzające
Zmiany nastroju <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> depresja <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> nerwica
Choroby nerek <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ostra niewydolność nerek <input type="checkbox"/> dializa <input type="checkbox"/> przewlekła niewydolność nerek
Cukrzyca <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> typ 1 <input type="checkbox"/> typ 2
Choroby układu trawiennego i endokrynnego <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> marskość wątroby <input type="checkbox"/> choroby tarczycy <input type="checkbox"/> sterydoterapia <input type="checkbox"/> porfiria <input type="checkbox"/> choroba wrzodowa żołądka <input type="checkbox"/> inne
Czy używa Pan/Pani protez zębowych wyjmowanych? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Choroby układu nerwowego <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> padaczka <input type="checkbox"/> miopatie <input type="checkbox"/> miastenia <input type="checkbox"/> niedowłady, porażenia <input type="checkbox"/> przebyty udar mózgu, TIA <input type="checkbox"/> inne
Choroby układu mięśniowo - szkieletowego <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> dyskopatia <input type="checkbox"/> skrzywienie kręgosłupa <input type="checkbox"/> inne
Anemia <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> objawowa
Zaburzenia krzepnięcia <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> istotne klinicznie
Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni przyjmował/a Pan/Pani aspirynę, leki rozrzedzające krew lub leki przeciwbólowe? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Choroby oczu <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> jaskra <input type="checkbox"/> proteza oka <input type="checkbox"/> szkła kontaktowe <input type="checkbox"/> inne
Ciąża <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	ostania ciąża.....

Imię i nazwisko:

PESEL/data urodzenia:

.....
Czytelny podpis pacjenta

.....
Podpis i pieczęćka anestezjologa

BADANIE I PREMEDIKACJA – WYPEŁNIA ANESTEZJOLOG

LEKI:

BADANIA LABORATORYJNE:

KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE:

BADANIA OBRAZOWE:

Badanie fizykalne

ASA I II III IV V VI E

Pacjent

przytomny

zorientowany

nieprzytomny

w kontakcie logicznym

Tętno: min⁻¹

RR: mmHg

płuca

szmer oddechowy pęcherzykowy symetryczny

.....

serce

akcja serca: miarowa

niemiarowa

tony serca: czyste

.....

inne

.....

NYHA (Skala ciężkości objawów niewydolności serca) I II III IV nie dotyczy

CCS (Skala zaawansowania dławicy piersiowej) I II III IV nie dotyczy

Ocena drożności dróg oddechowych

trudna intubacja

trudna / niemożliwa wentylacja

▪ Mallampati I° II° III° IV°

Uwagi lekarza:

.....
Data

.....
Podpis i pieczęćka anestezjologa

Imię i nazwisko:

PESEL/data urodzenia:

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZNIECZULENIE

Niniejszym wyrażam/nie wyrażam zgodę i proszę o proponowane znieczulenie:

OGÓLNE

REGIONALNE

Zgadzam się na towarzyszące temu postępowanie medyczne w czasie i po zabiegu.

Zgadzam się na medycznie uzasadnione zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego, w tym zmianę rodzaju znieczulenia.

Zapoznałem/am się z „Informacją o znieczuleniu” (QD/L-57).

Jednocześnie oświadczam, że miałem/am nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących znieczulenia, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań oraz że uzyskałem/am zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi.

Rozumiem i akceptuję ryzyko oraz możliwe powikłania jakie niesie ze sobą znieczulenie.

Oświadczam, że nie zataiłem/am żadnych informacji medycznych odnośnie stanu zdrowia, uczuleń, przebytych chorób i operacji oraz przyjmowanych leków.

Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na której podjęcie miałem/am wystarczającą ilość czasu.

Wyrażam zgodę na uzasadnione medycznie przetoczenie krwi lub składników krwiopochodnych:

TAK NIE

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

.....
.....

.....
Data

.....
Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć anesteziologa