

Imię i nazwisko: .....

PESEL/data urodzenia: .....

Poznań, dnia .....

Zadaniem lekarza anestezjologa jest zapewnienie największego bezpieczeństwa i komfortu pacjentowi podczas zabiegów operacyjnych. Anestezja w trakcie procedur zabiegowych ma na celu kontrolowane, odwracalne zniesienie świadomości, odruchów, czucia bólu i innych bodźców.

Anestezjolog nadzoruje podczas każdego zabiegu podstawowe parametry życiowe (tętno, ciśnienie, oddech, wysycenie tlenem itd.) i natychmiast reaguje na ewentualne, 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 przeznaczonyj do wypełnienia przez pacjenta (lewa kolumna w poniższej tabeli):

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	<b>WYPEŁNIA ANESTEZJOLOG</b>
		<b>BMI (≥ 30) .....</b>
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	Jakież?
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 <input type="checkbox"/> substancje psychoaktywne
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
Choroby nowotworowe <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Inne:	

Imię i nazwisko: .....

PESEL/data urodzenia: .....

Czy w chwili obecnej jest Pani w ciąży ?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE		
Czy w chwili obecnej karmi Pani piersią?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE		
<b>Czytelny podpis pacjenta:</b>				

### 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 logicznymTętno: ..... min<sup>-1</sup>

RR: ..... mmHg

Płuca szmer oddechowy pęcherzykowy symetrycznySerceakcja serca:       miarowa niemiarowatony 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°

-----  
Data-----  
Podpis i pieczętka 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 anestezjologa

\*niepotrzebne skreślić