

Imiona: Nazwisko: PESEL:

PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA
Wypełnia pacjent, pacjentka, rodzic, opiekun prawny

Rozpoznanie/zabieg.....

Czy aktualnie przechodzi Pan/Pani: infekcję, gorączkę, kaszel.....

Wiek: lat Płeć: Wzrost.....cm Waga.....kg

Czy stwierdzono u Pana/Pani chorobę któregoś z podanych poniżej układów lub narządów?

CHOROBY SERCA I UKŁADU KRAŻENIA

Nadciśnienie tętnicze.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Choroba wieńcowa	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Zawał serca (rok i miesiąc)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Wada serca.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Operacje serca – w którym roku.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Rozrusznik/kardiowerter – w którym roku.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Żylaki, zakrzepica.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Zatorowość płucna przebyta	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO

POCHP.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Astma oskrzelowa.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Gruźlica.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Rozedma płuc	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Obturacyjny bezdech senny.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Inne.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

CHOROBY PRZEMIANY MATERII

Cukrzyca	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Porfiria.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Inne:.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

CHOROBY TARCZYCY I INNE

Nadczynność/niedoczynność tarczycy.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Inne.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

Imiona: Nazwisko: PESEL:

CHOROBY UKŁADU POKARMOWEGO

WZW B/C.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Marskość wątroby.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Zapalenie trzustki.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Refluks przełykowy.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Inne:.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

CHOROBY UKŁADU MOCZOWOPŁCIOWEGO

Niewydolność nerek.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Przerost prostaty.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Inne:.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO I MIĘŚNI

Padaczka.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Udar mózgu (kiedy dokładnie)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Choroba Parkinsona.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Miastenia.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Miopatie.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Stwardnienie rozsiane.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy u członków rodziny występowały choroby mięśni?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Jeśli tak to jakie?		

ZABURZENIA PSYCHICZNE

Schizofrenia.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Depresja.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Choroba afektywna dwubiegunowa.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Inne:.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

CHOROBY UKŁADU KOSTNO STAWOWEGO

Osteoporoza.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Reumatoidalne zapalenie stawów.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
ZZSK.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Inne:.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

Imiona: Nazwisko: PESEL:

CHOROBY OCZU

Jaskra..... **TAK** **NIE**
Soczewki kontaktowe..... **TAK** **NIE**
Inne:..... **TAK** **NIE**

ZABURZENIA SŁUCHU

Niedosłuch..... **TAK** **NIE**
Aparat słuchowy..... **TAK** **NIE**
Inne:..... **TAK** **NIE**

CHOROBY ZĘBÓW

Zęby ruchome..... **TAK** **NIE**
Protezy zębowe..... **TAK** **NIE**
Inne:..... **TAK** **NIE**

CHOROBY KRWI I SZPIKU

Zaburzenia krzepnięcia krwi..... **TAK** **NIE**
Białaczką..... **TAK** **NIE**
Inne:..... **TAK** **NIE**

CHOROBY NOWOTWOROWE

Jeśli tak to jakie?..... **TAK** **NIE**
Jak leczone

Czy zażywa Pan/Pani leki na stałe? **TAK** **NIE**

Jeśli tak, proszę wymienić.....
.....
.....

PALENIE TYTONIU **TAK** **NIE**

Sztuk...../dzień Od ilu lat?..... Rzucone – kiedy?.....

SPOŻYWANIE ALKOHOLU..... **Rzadko** **Regularnie** **NIE**

Inne używki – jakie?.....

Imiona: Nazwisko: PESEL:

UCZULENIA.....

Lateks..... **TAK** **NIE**

Leki..... **TAK** **NIE**

Inne..... **TAK** **NIE**

Przebyte wcześniej operacje i zabiegi..... **TAK** **NIE**

proszę podać rodzaj operacji, rok w którym się odbyła i rodzaj znieczulenia

.....
.....
.....

Czy w czasie poprzedniego znieczulenia wystąpiły:

Powikłania (jakie) **TAK** **NIE**

Nudności i wymioty pooperacyjne..... **TAK** **NIE**

Inne, jakie?.....

Dotyczy kobiet: czy jest Pani w ciąży?..... **TAK** **NIE**

Po zapoznaniu się z treścią ankiety i po jej wypełnieniu, przy braku wątpliwości co do zawartych w niej informacji proszę złożyć własnoręczny podpis w obecności lekarza anestezjologa/pielęgniarki anestezjologicznej.

Data: **Podpis pacjenta (czytelny)**

Wypełnia lekarz anestezjolog

Grupa krwi.....

RTG/TK kl. piersiowej

EKG/Echo serca

Badania laboratoryjne.....

.....

.....

Inne:.....

.....

Imiona: Nazwisko: PESEL:

.....
.....
Przewidywane trudności w intubacji – Skala Mallampatiego (zaznaczyć właściwe)

- I - widoczne podniebienie miękkie i cały język
- II - widoczne podniebienie miękkie i część języka
- III - widoczne podniebienie miękkie i tylko podstawa języczka
- IV – podniebienie miękkie nie jest widoczne

Premedykacja:

.....
.....

I kwalifikacja:

Kwalifikuję Pacjenta do znieczulenia (rodzaj znieczulenia) **ASA**

Data: **Pieczętka i Podpis lekarza anestezjologa**

II kwalifikacja:

Data: **Pieczętka i Podpis lekarza anestezjologa**

Imiona: Nazwisko: PESEL:

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA ZNIECZULENIE

RODZAJ PROPONOWANEGO ZNIECZULENIA:

.....

OPIS PROCEDURY MEDYCZNEJ:

Znieczulenie można podzielić na ogólne i regionalne (przewodowe)

Znieczulenie ogólne (popularnie nazywane narkozą) jest to kontrolowane, czasowe i odwracalne zniesienie świadomości, odruchów obronnych oraz odczuwania bólu u osoby znieczulaney. Bez wykonania znieczulenia niemożliwe jest przeprowadzanie większości zabiegów operacyjnych, znieczulenie może być również konieczne do przeprowadzenia niektórych zabiegów diagnostycznych, Środki niezbędne do wywołania znieczulenia ogólnego podaje się drogą dożylną, po uprzednim założeniu wkłucia do naczynia obwodowego lub centralnego a także wziewną przez maskę twarzową lub krtaniową. Często z powodu potrzeby zwiotczenia mięśni konieczne jest też przejście kontroli nad oddechem pacjenta poprzez założenie specjalnej rurki do tchawicy (intubacja) i podłączenie do respiratora. Podczas znieczulenia ogólnego lekarz anestezjolog wraz z pielęgniarką pozostaje cały czas w pobliżu pacjenta czuwając nad jego bezpieczeństwem. Po zakończeniu operacji pacjent zostaje wybudzony i przekazany na salę pooperacyjną lub na oddział macierzysty.

Znieczulenie regionalne (przewodowe) polega na podaniu leku miejscowo znieczulającego w okolice korzeni nerwów, splotów nerwowych i pojedynczych nerwów. Powoduje to czasowe zablokowanie funkcji tych nerwów, co objawia się zniesieniem czucia i osłabieniem lub całkowitą utratą siły mięśniowej w znieczulonej okolicy. Najczęściej wykonywanymi znieczuleniami regionalnymi są znieczulenia podpajęczynówkowe oraz zewnątrzoponowe. W obu przypadkach anestezjolog przez specjalną igłę podaje lek miejscowo znieczulający w okolicę korzeni nerwów rdzeniowych do przestrzeni podpajęczynówkowej lub zewnątrzoponowej. Nakłucie to wykonywane jest w znieczuleniu miejscowym. W trakcie wykonywania znieczulenia przewodowego pacjent nie powinien się poruszać i musi współpracować z lekarzem anestezjologiem wykonując jego polecenia, co ułatwia i przyspiesza wykonanie znieczulenia oraz zmniejsza ryzyko powikłań. Znieczulenie regionalne nie powoduje utraty świadomości, pacjent może pozostawać w pełni przytomny. Na prośbę pacjenta lekarz anestezjolog może podać niewielką dawkę środków powodujących uspokojenie i zaśnięcie na czas zabiegu.

Sedacja polega na podaniu leku uspokajającego lub/i przeciwbólowego zapewniającą pacjentowi uczucie komfortu, a tym samym umożliwiającą wykonanie mniej bolesnych zabiegów leczniczych lub diagnostycznych.

MOŻLIWE DO PRZEWIDZENIA POWIKŁANIA ZNIECZULENIA

Znieczulenie może wiązać się występowaniem powikłań. Najcięższym z nich jest nagłe zatrzymanie krążenia i zgon. Większość z nich ma charakter lekkich i przemijających dolegliwości, nie powodujących trwałych następstw dla pacjenta.

Do najczęściej występujących powikłań **znieczulenia ogólnego** zalicza się:

Imiona: Nazwisko: PESEL:

- ból gardła, nasilający się przy przełykaniu
- uczucie braku powietrza i przejściowe trudności w oddychaniu bezpośrednio po wybudzeniu
- nudności i wymioty
- śródoperacyjne odzyskanie świadomości
- uszkodzenie zębów, warg, języka
- nietypowe reakcje na leki anestetyczne

Do **ciężkich** bardzo rzadko występujących powikłań zalicza się:

- niedotlenienie organizmu związane z trudnościami w wentylacji
- aspiracja treści pokarmowej do płuc i w następstwie ciężka niewydolność oddechowa
- gorączka złośliwa

Powikłania **znieczulenia przewodowego**:

- popunkcyjne bóle głowy
- nudności i wymioty
- spadek ciśnienia tętniczego
- trudności z oddawaniem moczu
- bóle okolicy lędźwiowej
- przejściowe podrażnienie nerwów objawiające się zaburzeniami czucia lub osłabienia kończyn
- reakcje uczuleniowe na leki
- zakażenie w miejscu podania leku
- trwałe uszkodzenie nerwów, w tym porażenie kończyn
- niewystarczające znieczulenie – konieczność wykonania znieczulenia ogólnego

Powikłania **blokad nerwów obwodowych**:

- przejściowe zaburzenia czucia, mrowienie lub osłabienie kończyn
- odma opłucna
- reakcje uczuleniowe na leki
- krwiak okolicy wkłucia
- trwałe uszkodzenie splotu nerwowego

ZALECENIA DLA PACJENTA PRZED PLANOWANYM ZABIEGIEM

1. Nie spożywać przed zabiegiem posiłków przez 6 godzin i płynów przez 2 godziny.
2. Należy zdjąć szkła kontaktowe, protezy zębowe, biżuterię, zegarek.
3. Należy zmyć lakier z paznokci oraz makijaż z twarzy.
4. Należy umyć zęby i całe ciało.

Zapoznałem/am się z przedstawionymi informacjami. Po rozmowie z lekarzem anestezjologiem i uzyskaniu odpowiedzi na zadane pytania **zgadzam się na proponowane znieczulenie.**

Data:

Podpis pacjenta

Podpis i pieczęć lekarza anestezjologa

Imiona: Nazwisko: PESEL:

ZALECENIA ANESTEZJOLOGICZNE PRZED PLANOWANYM ZABIEGIEM OPERACYJNYM

Przed planowanym zabiegiem operacyjnym, pacjent musi być na czczo,

6 godzin przed zabiegiem należy przestać spożywać wszystkie posiłki (nie rzuć gum) oraz nie pić płynów nieklarownych (produkty mlekopochodne, zawierające tłuszcze itp)

2 godziny przed zabiegiem należy przestać spożywać wszystkie płyny klarowne

W ciągu ostatnich 2 godzin przed zabiegiem można jedynie przyjąć konieczne leki popijając niewielką ilością wody.

48 godzin przed zabiegiem **NIE PALIĆ** papierosów

LEKI:

Należy przyjąć w dniu zabiegu:

.....

NIE należy przyjmować przed zabiegiem:

.....

Do szpitala należy zabrać ze sobą:

- Wypełniona przedoperacyjna ankieta anestezjologiczna
- potwierdzoną grupę krwi
- aktualne wyniki badań (morfologia, sód, potas, APTT, INR, mocznik, kreatynina, glukoza)
- EKG
- wyniki zleconych konsultacji
- aktualnie przyjmowane leki
- karty informacyjne ze szpitali