

## PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_ Nr K.Gł. \_\_\_\_\_

Wiek \_\_\_\_\_lat(a)

Wzrost \_\_\_\_\_cm

Waga \_\_\_\_\_kg

Rozpoznanie wstępne \_\_\_\_\_

Rodzaj zabiegu \_\_\_\_\_

Zadaniem lekarza anestezjologa jest zapewnienie największego bezpieczeństwa i komfortu pacjentowi podczas zabiegów operacyjnych. Anestezjolog troszczy się o zniesienie bólu przez podanie leków przeciwbólowych lub znieczulenie ogólne (uśpienie). Pewne zabiegi można przeprowadzić w znieczuleniu regionalnym (przewodowym) obejmującym znieczuleniem tylko określoną część ciała.

Ponadto anestezjolog nadzoruje podczas każdego zabiegu czynności organizmu (serce, ciśnienie, układ oddechowy) i natychmiast leczy niekorzystne zdarzenia.

Ankieta przedoperacyjna służy do zebrania informacji, na podstawie których możliwe będzie wybranie najbardziej optymalnego przebiegu 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 godzin po opuszczeniu szpitala.
3. Powstrzymać się od prowadzenia jakichkolwiek pojazdów przez 24godziny od znieczulenia

### PROSZĘ PRZECZYTAĆ PONIŻSZE PYTANIA I ZNAKIEM X OZNACZYĆ POPRAWNĄ ODPOWIEDŹ

Pytania	Tak	Nie	Uwagi
Czy był(a) Pan(i) operowany(y) wcześniej?			
Jeśli tak, proszę podać rodzaj zabiegu			
Czy dobrze zniosła/zniósł Pan(i) znieczulenie?			
Czy wystąpiły powikłania znieczulenia w rodzinie?			
Jakie leki Pan(i) przyjmuje obecnie?			
Czy miał(a) Pan(i) transfuzję krwi?			
Czy dobrze zniósł/zniosła Pan(i) tę transfuzję?			
Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na:			
Krążenie: nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności, inne			
Serce: zawał, choroba niedokrwienna, wada serca, inne			

Choroby naczyń: żyłaki, inne			
Gruźlicę, rozedmę, pylicę, astmę, przewlekłe zapalenie oskrzeli			
Zołądek: choroba wrzodowa, zapalenie, inne			
Wątroba: żółtaczką, stłuszczenie, marskość, inne			
Zapalenie nerek, kamica, trudności w oddawaniu moczu, inne			
Cukrzycę, dnę moczanową, porfirię			
Tarczycę: wole obojętne, nadczynność, niedoczynność, inne			
Choroby oczu: jaskra, inne			
Choroby nerwów: porażenie, drgawki, padaczka, udar, inne			
Choroby układu mięśniowego			
Zmiany nastroju: depresja, nerwica, inne			
Choroby kręgosłupa: zmiany w stawach, osłabienie mięśni, inne			
Choroby krwi: skłonność do krwawienia, siniaków, inne			
Uczulenia na : leki, plaster, katar sienny, inne			
<b>Inne schorzenia</b>			
Czy pije Pan(i) alkohol?			
Jeśli tak, to jak często?			
Czy pali Pan(i) papierosy?			
Jeśli tak, to ile?			
Czy używa Pan(i) środków nasennych lub uspokajających?			
Jeśli tak, to jakich?			
Czy ma Pan(i) uszkodzone lub ruszające się zęby?			
Czy używa Pan(i) protez zębowych wyjmowanych?			
Czy używa Pan(i) szkieł kontaktowych, protezy oka?			
<b>Inne</b>			
Czy w obecnej chwili jest Pani w ciąży?			
Uwagi:			

# WYPEŁNIA ANESTEZJOLOG

Rodzaj znieczulenia..... Ryzyko ASA..... RR..... Tętno.....

Premedykacja.....

Odchylenia w badaniach, RTG, EKG, labor., inne: .....

Ocena trudności w intubacji: .....

Zalecenia przedoperacyjne: .....

## Oświadczenie pacjentki/pacjenta/ opiekuna ustawowego i zgoda na znieczulenie

Lekarz anestezjolog przeprowadził(a) ze mną rozmowę wyjaśniającą problem znieczulenia. Podczas tej rozmowy mogłem(am) pytać o wszystkie interesujące mnie problemy dotyczące rodzaju znieczulenia, związanych z nim możliwych komplikacji oraz innych okolicznościach, które mogą wystąpić przed i po operacji. Nie mam więcej pytań.

Proszę o wykonanie u mnie znieczulenia ogólnego/ regionalnego\* do zabiegu. Zgadzam się na towarzyszące znieczuleniu postępowanie, tj. infuzje płynów, transfuzje krwi własnej i obcej, niezbędne leki podawane w czasie i po znieczuleniu. Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego, w tym zmianę rodzaju i zakresu znieczulenia.

UWAGI PACJENTA/PACJENTKI:.....

.....  
data przeprowadzonej rozmowy

.....  
podpis i pieczęć anestezjologa

.....  
podpis pacjentki(a) / opiekuna ustawowego

.....  
podpis dziecka powyżej 16 roku życia

\* Właściwe podkreślić

Nie zgadzam się na proponowane mi znieczulenie, zostałem(am) poinformowany(a) o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia

.....  
data

.....  
podpis i pieczęć lekarza

.....  
podpis pacjentki(a) / opiekuna ustawowego

.....  
podpis dziecka powyżej 16 roku życia

Podpisanie przedoperacyjnej ankiety anestezjologicznej przez pacjenta jest niemożliwe z powodu: