

ANKIETA KWALIFIKACJI ANESTEZJOLOGICZNEJ – dla dorosłych
WYPEŁNIA PACJENT!

Nazwisko i imię PESEL.....
Data urodzenia Masa ciała..... kg
Rodzaj zabiegu.....

Ankieta przedoperacyjna służy zebraniu i udokumentowaniu informacji, na podstawie których możliwe będzie wybranie najbardziej korzystnego postępowania anestezjologicznego. Prosimy o udzielenie dokładnych odpowiedzi na zadane pytania, gdyż brak pełnej informacji o Pana/i stanie zdrowia może przyczynić się do występowania powikłań. Wszystkie niejasności prosimy poruszyć w trakcie rozmowy z anestezjologiem i podpisać ankietę.

Wywiad: (właściwą odpowiedź otocz obwódka)

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1. Czy jest Pan/i aktualnie przeziębiony/a, chory/a | tak | nie |
| 2. Uczulenia (na co?) | tak | nie |
| 3. Czy na co dzień zażywa Pan/i leki? (wymień wszystkie) | tak | nie |
| | | |
| | | |
| | | |
| 4. Przebyte operacje (jakie?) | tak | nie |
| | | |
| 5. Czy były komplikacje znieczuleń u Pana/i lub krewnych? | tak | nie |

CZY CHORUJE LUB CHOROWAŁ/A PAN/I NA CHOROBY: jeśli tak, to podkreśl właściwe

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1. Serca: zawał, choroba niedokrwienna, wada serca, zaburzenia rytmu | tak | nie |
| 2. Krążenia: nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, niewydolność serca | tak | nie |
| 3. Płuc: astma, gruźlica, rozedma, POChP | tak | nie |
| 4. Wątroby: żółtaczką, marskość, stłuczenie, wirusowe zapalenie wątroby | tak | nie |
| 5. Układu moczowego: niewydolność lub zapalenie nerek, kamica, prostata | tak | nie |
| 6. Tarczycy: nadczynność, niedoczynność, wole, guzy | tak | nie |
| 7. Metaboliczne: cukrzyca, dna moczanowa, porfiria | tak | nie |
| 8. Układu nerwowego: padaczka, udar, niedowład, miastenia | tak | nie |
| 9. Zmiany nastroju: depresje, nerwice, choroby psychiczne, choroba alkoholowa | tak | nie |
| 10. Choroby kręgosłupa: zwyrodnienia, dyskopatie, urazy | tak | nie |
| 11. Choroby krwi: skłonność do krwawień, małopłytkowość, zatorowość płucna | tak | nie |
| 12. Czy jest Pani w ciąży? | tak | nie |
| 13. Czy pali Pan/i papierosy, nadużywa alkoholu, używa środki psychoaktywne? | tak | nie |
| 14. Czy ma Pan/i wyjmowane protezy zębowe, szkła kontaktowe, inne protezy? | tak | nie |
| 15. Inne choroby, dolegliwości (jakie?)..... | tak | nie |
| | | |
| | | |
| | | |

ZALECENIA DLA PACJENTÓW:

1. Powstrzymywać się od jedzenia i picia przez 6 godzin przed znieczuleniem – **BARDZO WAŻNE !!!**
2. Do znieczulenia należy być bez biżuterii, makijażu, pomalowanych paznokci, ruchomych protez.

Dodatkowo w trybie jednodniowym: opieka dorosłej osoby po opuszczeniu szpitala i zakaz prowadzenia pojazdów i obsługi maszyn przez 24 godziny po znieczuleniu.

Zadaniem lekarza anestezjologa jest bezpieczne przeprowadzenie znieczulenia. Anestezjolog wspólnie z pielęgniarką anestezjologiczną troszczy się o wyeliminowanie bólu przez zastosowanie znieczulenia ogólnego (narkozy) bądź przewodowego obejmującego tylko określoną część ciała. Znieczulenie przewodowe jest w większości przypadków mniej obciążające dla organizmu niż znieczulenie ogólne. Aby zapobiec wystąpieniu powikłań, anestezjolog podczas zabiegu monitoruje parametry układów oddechowego, krążenia i inne, a jeśli powikłania wystąpią, natychmiast je rozpoznaje i leczy.

OŚWIADCZENIE PACJENTA I ZGODA NA ZNIECZULENIE

Lekarz anestezjolog przeprowadził ze mną rozmowę na temat znieczulenia. Podczas tej rozmowy mogłem/am pytać o wszystkie interesujące mnie problemy dotyczące rodzaju znieczulenia, związanego z nim ryzyka oraz inne okoliczności, które mogą wystąpić podczas i po operacji. **NIE MAM WIĘCEJ PYTAŃ.** Na postawione w ankiecie pytania udzieliłem/am odpowiedzi zgodnie z prawdą.

Niniejszym proszę o przeprowadzenie u mnie znieczulenia ogólnego lub przewodowego do zabiegu operacyjnego. Zapoznałem/am się z zaleceniami przedoperacyjnymi. Zgadzam się na towarzyszące zabiegowi postępowanie, tj. przetaczanie płynów, podawanie leków niezbędnych w czasie i po zabiegu, w tym **preparatów krwi**. Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego, w tym zmianę rodzaju i zakresu znieczulenia oraz leczenie ewentualnych powikłań.

W pełni zrozumiałem informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań i na wszystkie odpowiedziano w sposób satysfakcjonujący.

Data Podpis pacjenta

WYPEŁNIA ANESTEZJOLOG: Stan przedmiotowy: płuca - szmer pęcherzykowy /

serce – miarowo/..... tony czyste / brzuch miękki/

Stan neurologiczny – bez wyraźnych ubytków / Uwagi -

Rozpoznanie:

ASA Mallampati Proponowane znieczulenie

Dodatkowo przed operacją proszę wykonać badania/konsultacje:

Jeśli pacjent bez w/w badań nie może być wstępnie Uwagi:

zakwalifikowany, to tu data, pieczęć i podpis anestezjologa

Pacjent **ZAKWALIFIKOWANY** / **NIEZAKWALIFIKOWANY** do znieczulenia – zakreśl właściwe.

Premedykacja:

Data Pieczęć i podpis anestezjologa: