

Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

INFORMACJE DLA PACJENTA OPEROWANEGO

W SZPITALU POWIATOWYM W DREZDENKU

Nazwisko i imię pacjenta (-ki)

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZNIECZULENIE

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

lub data urodzenia __/__/----

Przeprowadzenie zabiegu operacyjnego wymaga wyłączenia odczuwania bólu (znieczulenia). **Za wybór najbardziej odpowiedniej metody znieczulenia, jego przeprowadzenie oraz nadzór nad pacjentem podczas operacji odpowiedzialny jest lekarz anestezjolog.** Anestezjolog po zapoznaniu się ze stanem zdrowia Pani/a, przedstawi możliwe metody znieczulenia, ich zalety i wady, wskaże najbardziej optymalny wybór uwzględniając przede wszystkim bezpieczeństwo pacjenta oraz udzieli Pani/u koniecznych wyjaśnień i wskazówek.

Uważne przeczytanie poniższych wyjaśnień ułatwi wyrażenie świadomej zgody na proponowane znieczulenie.

Znieczulenie ogólne jest odwracalnym stanem wyłączenia świadomości i odczuwania bólu. Jest rodzajem głębokiego snu, którego nie mogą przerwać nawet najsilniejsze bodźce bólowe. Wiąże się z podaniem leków dożylnych (usypiających , narkotycznych przeciwbólowych, zwiotczających i wziewnych), których dawka uzależniona jest od czasu trwania operacji. Ponieważ podczas znieczulenia dochodzi do upośledzenia drożności dróg oddechowych, osłabienia odruchów obronnych i osłabienia oddychania, konieczne może być zastosowanie przyrządów takich jak: maska twarzowa, maska krtaniowa, rurka intubacyjna, respirator. Po zakończeniu znieczulenia (wybudzeniu) pacjent jest przewożony do SALI WYBUDZEŃ która znajduje się na Bloku Operacyjnym – tam przebywa ok godziny do czasu pełnego ustabilizowania stanu ogólnego.

Krótkie znieczulenie ogólne – stosowane do krótkich zabiegów trwających do 30min -jest to wyłączenia świadomości i odczuwania bólu za pomocą leków podawanych dożylnie (czasami w połączeniu z środkami wziewnymi) Nie stosuje się w przypadku tego znieczulenia środków zwiotczających . Nie stosuje się intubacji dr oddechowych.

Ten rodzaj znieczulenia można stosować w przypadku procedur ambulatoryjnych – pacjent przebywa w szpitalu kilka - kilkanaście godzin i wraca do domu.

ZALECENIA / INFORMACJE DLA PACJENTA ZNIECZULANEGO W TRYBIE AMBULATORYJNYM

- Należy zgłosić się do szpitala na czczo (tzn. bez jedzenia i bez picia)
- Zgłaszamy się z osobą towarzyszącą która przebywa z pacjentem, przez cały pobyt w szpitalu i odtransportowuje pacjenta do domu
- 6 godzin przed zabiegiem nie jemy i nie pijemy
- Przyjmowane leki na stałe nie odstawiamy (należy poinformować o rodzaju leków i uzyskać zgodę personelu)
- Po znieczuleniu należy leżeć i nie odłączać tlenu i monitorowania do czasu otrzymania zgody od personelu
- Wszystkie problemy ze stanem ogólnym (duszność, ból ,złe samopoczucie , nudności) należy zgłaszać personelowi
- Opuszczenie szpitala tylko z osobą towarzyszącą po uzyskaniu zgody personelu
- Zakaz prowadzenia pojazdów do 24 godzin po zabiegu

Znieczulenie regionalne polega na wyłączeniu odczuwania bólu tylko w obszarze ciała, którego dotyczy operacja. Osiąga się to poprzez wstrzyknięcie leku znieczulającego:

- w okolicę nacięcia tkanek (znieczulenie miejscowe)
- w pobliże nerwów unerwiających ten obszar (blokada pnia nerwu lub splotu nerwowego). Odmianą takiego znieczulenia jest tzw. Odcinkowe znieczulenie dożylnie, które polega na znieczuleniu kończyny poprzez dożylnie podanie środka znieczulającego po założeniu specjalnej opaski na ramię (lub udo)
- Jeśli operacja jest długotrwała, znieczulenie regionalne może być przedłużane dzięki wprowadzeniu do przestrzeni zewnątrzoponowej lub okolicy splotu nerwowego cienkiego cewnika. Zaletą znieczulenia regionalnego jest zachowanie świadomości, odruchów obronnych i wydolnego oddychania podczas operacji oraz utrzymywanie się znieczulenia w okresie pooperacyjnym. Możliwe jest zastosowanie podczas operacji leku uspakajającego/nasennego.

Blokada ruchowa ustępuje zwykle do 4h po zabiegu, blokada czuciowa ustępuje po 4h-8h-12h po zabiegu (w zależności od ilości i rodzaju leku podanego do znieczuleni) . Czasem celem leczenia przeciwbólowego stosuje się dłuższe blokady, nawet powyżej 24h po wprowadzeniu specjalnego cewnika w okolicę zakończeń nerwowych.

Znieczulenie podpajęczynówkowe wywołuje się poprzez podanie leku znieczulającego do płynu mózgowo-rdzeniowego znajdującego się w worku oponowym otaczającym rdzeń kręgowy. Nakłucie wykonuje się w odcinku lędźwiowym kręgosłupa, gdzie nie istnieje ryzyko uszkodzenia rdzenia kręgowego (**miejsce wkłucia poniżej zakończenia rdzenia**). Znieczulenie charakteryzuje się szybkim początkiem działania, przewidywalnym rozkładem obszaru znieczulenia oraz stosunkowo krótkim czasem działania ok 2h-6h - w zależności od ilości i rodzaju leku podanego do znieczulenia

W znieczuleniu zewnątrzoponowym leki wywołujące przerwanie przewodnictwa nerwowego podaje się nie przebijając opony twardej otaczającej rdzeń kręgowy. Znieczulenie charakteryzuje się mało dynamicznym początkiem i możliwością wykonania w dowolnym odcinku kręgosłupa. Czas trwania ok 4h-8h - w zależności od ilości i rodzaju leku podanego do znieczulenia. W przypadku implantacji cewnika zewnątrzoponowego czas blokady ruchowej/czuciowej można wydłużyć i jest limitowany obecnością i drożnością cewnika zewnątrzoponowego. Ten rodzaj znieczulenia jest dedykowany do długich operacji trwających ponad 2 godz

Podczas zabiegu w znieczuleniu regionalnym **pacjent jest przytomny**, ale zawsze lekarz anestezjolog może podać dodatkowo leki nasenne (sedacja).

Każdy rodzaj znieczulenia regionalnego może być łączony ze znieczuleniem ogólnym.

Możliwe objawy uboczne i działania niepożądane

Każde znieczulenie, wykonane nawet z największą starannością może skutkować wystąpieniem objawów niepożądanych. Ich wystąpienie wiąże się z mechanizmem działania stosowanych technik operacyjnych, reakcją organizmu na podawane leki (ból mięśniowy, nudności, wymioty, suchość w gardle, chrypka, dreszcze, gorączka, uczulenie), wpływem długotrwałego ułożenie w stanie zwiotczenia mięśni. Podczas znieczulenia ogólnego może dojść do powikłań:

- uszkodzenie zębów, uszkodzenie mechaniczne krtani lub tchawicy, i związane z tym trudności podczas intubacji,
- zatrzymanie akcji serca, groźne zaburzenia rytmu, zawał serca, zatory i zakrzepy, udar mózgu, zachłyśnięcie się treścią pokarmową, odma opłucnowa.
- nudności i wymioty

W następstwie znieczulenia regionalnego mogą wystąpić działania niepożądane:

- nudności i wymioty
- ból głowy – zespół popunkcyjny (występuje sporadycznie po znieczuleniu podpajęczynówkowym i objawia się bólem karku i tyłu głowy przybierającym na sile w pozycji stojącej)
- rzadko, przemijające trudności w oddawaniu moczu
- wyjątkowo, zakażenie miejsca wkłucia, krwiak/ropień kanału kręgowego, zaburzenia czucia,

Znieczulenia ogólne lub regionalne u osoby nieobciążonej innymi schorzeniami, poza chirurgicznym, jest bardzo bezpieczne. Ryzyko związane ze znieczuleniem rośnie głównie w związku z obecnością schorzeń towarzyszących, które istotnie zaburzają funkcjonowanie organizmu, oraz może zależeć od rozległości operacji. Bez względu na rodzaj znieczulenia konieczne jest założenie kaniuli do żyły, co może powodować wystąpienie krwiaka, krwawienia, zapalenia żyły, uszkodzenia struktur sąsiadujących (tętnicy, nerwu, ścięgna). Niezmiennie rzadko może wystąpić zakażenia w miejscu wkłucia. Reakcje alergiczne i nieprawidłowe reakcje na stosowane leki zdarzają się, ale nie najcięższe formy z zagrażającymi życiu zaburzeniami oddechowymi i krążenie występują wyjątkowo.

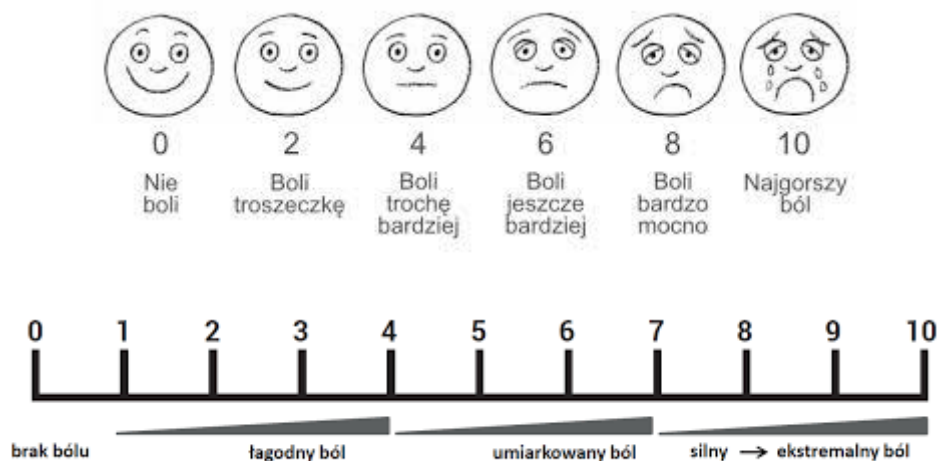
Ból po zabiegu operacyjnym – informacja dla pacjentki/pacjenta

1. Ból jest konsekwencją operacji, ale istnieją skuteczne metody jego leczenia. Leczenie bólu pooperacyjnego wspomaga Pani/Pana powrót do zdrowia.

2. Pani/Pana ból będzie podlegał okresowej kontroli po operacji. Po przetransportowaniu do Sali pooperacyjnej personel medyczny oceni Pani/Pana samopoczucie. Będzie Pani/Pan monitorowana/y przy wykorzystaniu skali do oceny bólu. Informacje te umożliwią personelowi ocenę odczuwanego przez Panią/Pana bólu, co pozwoli zastosować najlepsze leczenie.

3. Zawsze należy powiadamiać personel w przypadku, gdy odczuwa Pani/Pan ból. W celu osiągnięcia optymalnych rezultatów kontroli bólu, proszę informować personel medyczny o odczuwanym bólu, nawet kiedy jest nasilony lub występuje w nocy.

Skala NRS (Numeric Rate Scale)



Oświadczenie pacjentki/pacjenta o uzyskaniu informacji o możliwości wystąpienia bólu oraz sposobach ich uśmierzania.

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y przez lekarza o możliwości wystąpienia bólu po zabiegu operacyjnym lub w trakcie hospitalizacji, metodach jego łagodzenia, systematycznym jego kontrolowaniu w razie nasilenia, a także przyjętym przez szpital sposobie oceny bólu (skala numeryczna NRS).

Zostałam/em poinformowana/y o konieczności zwrócenie uwagi personelowi oddziału, w którym jestem leczona/y o wystąpieniu bólu lub zmianie jego nasilenia.

Otrzymałam/em informację, że na skutek zabiegu, znieczulenia lub stosowanego leczenia przeciwbólowego mogą wystąpić działania niepożądane np. bóle głowy, nudności, wymioty itp.

.....
Podpis pacjentki/pacjenta

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Imię i nazwisko pacjentki/pacjenta

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL lub data urodzenia __ / __ / ____

Masa ciała kg, Wzrost cm

Tętno Ciśnienie tętnicze

Prosimy o dokładne zapoznanie się z pytaniami i staranne wypełnienie ankiety. Prawidłową odpowiedź należy zaznaczyć poprzez zakreślenie TAK lub NIE.

W przypadku odpowiedzi twierdzącej proszę zakreślić jednostkę chorobową, i podać szczegółowe informacje. Jeśli pytania są niejasne należy wyjaśnić wątpliwości w trakcie rozmowy z lekarzem.

1. Czy choruje Pani/Pan na:

a. Choroby serca (zawał, wada serca, choroba niedokrwienna, zaburzenia rytmu serca)

TAK / NIE

.....

b. Choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, stymulator serca, stan po PTCA, CABG) **TAK /NIE**

.....

c. Choroby naczyń (żylaki kończyn dolnych, zapalenie żył) **TAK /NIE**

.....

d. Choroby płuc (astma, zapalenie oskrzeli, płuc, gruźlica, rozedma, zatorowość płucna, POCHP, pylica) **TAK / NIE**

.....

e. Choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamica, niewydolność nerek, stan po przeszczepie, przerost gruczołu krokowego, leczenie nerkozastępcze) **TAK / NIE**

.....

f. Choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa, zapalenie, krwawienie) **TAK / NIE**

.....

g. Choroby wątroby (zapalenie, żółtaczka, marskość) **TAK / NIE**

.....

h. Choroby tarczycy (zapalenie, nadczynność, niedoczynność) **TAK / NIE**

.....

i. Zaburzenie przemiany materii (cukrzyca, dna, porfiria, otyłość) **TAK / NIE**

.....

j. Choroby oczu (zaćma, jaskra, krótkowzroczność) **TAK / NIE**

.....

k. Choroby układu nerwowego (padaczka, miastenia, niedowłady, bóle głowy, choroba Parkinsona, udar, stwardnienie rozsiane, zawroty głowy, zapalenie mózgu, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, choroby nerwowo-mięśniowe) **TAK / NIE**

.....

l. Choroby układu krzepnięcia / krwiotwórczego (niedokrwistość, hemofilia, skłonność do występowania, siniaków, krwawień) **TAK / NIE**

.....

m. Choroby narządu ruchu (choroba zwyrodnieniowa, złamania) **TAK / NIE**

.....

n. Zaburzenia nastroju (depresja, obniżenie nastroju, nerwica, schizofrenia) **TAK / NIE**

.....

o. Uczulenia (katar sienny, uczulenie na leki, pokarmy, metale, plastry, substancje chemiczne)	TAK / NIE
.....	
p. Inne schorzenia np. skóry	TAK / NIE
.....	
r. Nałogi (palenie papierosów, alkohol, narkotyki, leki)	TAK / NIE
.....	
2. Czy nosi Pani/Pan aparat słuchowy, protezę uzębienia	TAK / NIE
.....	
3. Czy była/był Pani/Pan już znieczulana/y? (jakie znieczulenia, powikłania)	TAK / NIE
.....	
.....	
4. Czy była/był Pani/Pan już operowana/y? (jakie operacje?, kiedy?)	TAK / NIE
.....	
.....	
.....	
5. Czy była u Pani/Pana przetaczana krew? (kiedy?, z jakich wskazań?)	TAK / NIE
.....	
6. Czy obecnie przyjmuje Pani/Pan leki? (nazwa, dawkowanie)	TAK / NIE
.....	
.....	
.....	
7. Wywiad rodzinny (choroby nowotworowe, choroby układu krążenia, nagłe zgony)	TAK / NIE
.....	
8. Czy jest Pani/Pan nosicielem wirusów (HBV, HCV, CMV, HIV)?	TAK / NIE
.....	
9. Czy jest Pani obecnie w ciąży? (data ostatniej miesiączki)	TAK / NIE
.....	

Ze względu na Pani/Pana bezpieczeństwo prosimy **o pozostanie na czczo (tzn. bez jedzenia i bez picia) przez co najmniej 6 godzin przed planowanym zabiegiem operacyjnym.** Płyny klarowne (woda niegazowana, herbata) w ilości 100ml można spożywać do 4 godzin przed planowanym rozpoczęciem znieczulenia, jeśli to konieczne. Zabrania się palenia papierosów minimum 6 godzin przed operacją (najlepiej 6 tygodni).

Aby uniknąć powikłań zapalnych prosimy o toaletę całego ciała przed zabiegiem i wypłukanie płynem dezynfekującym jamy ustnej. Jeśli używa Pani/Pan protez zębowych lub szkieł kontaktowych, biżuterii, zegarków, prosimy o pozostawienie ich na oddziale. Aparat słuchowy należy pozostawić założony celem ułatwienia porozumiewania się z personelem.

Leki dotychczas stosowane należy pobrać zgodnie z zaleceniem przedoperacyjnym anestezjologa/ lekarza prowadzącego.

Prosimy bezzwłocznie poinformować personel sprawujący opiekę w razie wystąpienia dolegliwości: nudności i wymiotów, dreszczy, bólów w klatce piersiowej, duszności, chrypki oraz, gdy było stosowane znieczulenie regionalne – bólów głowy, sztywności karku, zaburzeń czucia, osłabienia kończyn/y.

Po zabiegu będzie Pani/Pan przebywać na sali nadzoru pooperacyjnego. Czas pobytu uzależniony jest od rodzaju zabiegu, stanu ogólnego, oraz konieczności monitorowania podstawowych funkcji życiowych w okresie pooperacyjnym.

.....
Data

.....
Czytelny podpis pacjentki /pacjenta

Rozpoznanie choroby:

Planowany zabieg operacyjny:

KARTA KWALIFIKACJI ANESTEZJOLOGICZNEJ

1. Badanie przedmiotowe:

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

2. Ocena ryzyka znieczulenia:

Skala ASA

Skala Mallampati

Test Patia

Stan uzębienia

Uwagi:

.....
.....

3. Proponowane konsultacje/badania:

.....
.....

4. Kwalifikacje anestezjologiczna (*zakreślić – wypełnia lekarz*):

- Chora/y został zakwalifikowana/y do znieczulenia.
- Chora/y przed kwalifikacją do planowego znieczulenia wymaga leczenia chorób towarzyszących i/lub konsultacji specjalistycznych, a następnie ponownej oceny anestezjologicznej.
- Chora/y wymaga przyjęcia do szpitala celem przygotowania do znieczulenia.
- Chora/y nie kwalifikuje się do znieczulenia z powodu:

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć lekarza

Oświadczenie pacjenta

Podczas wypełniania ankiety, wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłam/em istotnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób. Zostały mi wyjaśnione: sposób znieczulenia, zalety i wady proponowanej metody znieczulenia, możliwe powikłania, okoliczności zwiększające ryzyko wystąpienia powikłań, zabiegi przygotowujące oraz towarzyszące. W związku z przebiegiem zabiegu lub znieczulenia może zaistnieć konieczność jego zmiany lub modyfikacji. Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego, w tym zmianę sposobu znieczulenia. Zrozumiałam/em wyjaśnienia i zadałam/em wszystkie interesujące mnie pytania.

Planowany rodzaj znieczulenia (*zakreślić – wypełnia lekarz*): :

1. znieczulenie ogólne wziewne i/lub dożyłne
2. znieczulenie podpajęczynówkowe
3. znieczulenie zewnątrzoponowe
4. znieczulenie splotu nerwowego
5. znieczulenie odcinkowe dożyłne

Wyrażam zgodę na znieczulenie

.....
Data

.....
Czytelny podpis pacjentki/pacjenta

.....
Podpis i pieczęć lekarza.

KARTA ZNIECZULENIA KRÓTKIEGO / AMBULATORyjNEGO
Szpital Powiatowy w Drezdenku

DATA	GODZINA

Rodzaj zabiegu

Imię i nazwisko:

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ZLECENIA LEKARSKIE

L.p.	LEK	DAWKA
1		
2		
3		
4		
5		

Przebieg znieczulenia:

.....

.....

PARAMETRY

GODZINA	NIBP	TETNO	SpO2

WYPISANO DO DOMU:

Skala Aldreta	RUCH	ODDECH	KRAŻENIE	ŚWIADOMOŚĆ	SpO2
Liczba punktów					
DATA	GODZINA				

Podpis i pieczęć lekarza