

PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Imię i nazwisko:		
PESEL / wiek:	Masa ciała (kg):	Wzrost (cm):

Lekarz anestezjolog przeprowadza znieczulenie pacjenta do operacji i bolesnych zabiegów diagnostyczno-terapeutycznych. Stosując odpowiednie leki uzyskuje się czasowe, odwracalne ograniczenie czynności ośrodkowego układu nerwowego, czyli znieczulenie ogólne („narkoza”) lub znieczulenie regionalne („blokada”). Podczas trwania operacji anestezjolog odpowiedzialny jest za wyeliminowanie bólu oraz kontroluje ważne funkcje życiowe, jak oddychanie i krążenie krwi. W zależności od rodzaju operacji, w porozumieniu z chirurgiem, anestezjolog decyduje o rodzaju znieczulenia. Współdziałanie z lekarzem przeprowadzającym znieczulenie służy Państwa bezpieczeństwu. Dla każdego pacjenta wybierane jest takie znieczulenie, które najmniej obciąża organizm i jednocześnie pozwala na precyzyjne przeprowadzenie danej operacji. Ważne jest, aby do znieczulenia być w optymalnym stanie zdrowia, wtedy powikłania zagrażające życiu w czasie znieczulenia i zabiegu operacyjnego występują rzadko.

Proszę uważnie przeczytać poniższą ankietę i odpowiedzieć na zawarte w niej pytania! Odpowiedzi TAK i NIE proszę zaznaczać znakiem ‘X’.

Czy był/była Pan/Pani kiedyś operowany/a? Jeśli tak, to kiedy i z jakiego powodu? TAK NIE

.....

Czy wystąpiły jakieś powikłania/problemy w trakcie lub po znieczuleniu? Jeśli tak, to jakie? TAK NIE

.....

Czy wystąpiły jakieś powikłania znieczulenia w rodzinie? Jeśli tak, to jakie? TAK NIE

.....

Czy przyjmuje Pan/Pani jakiegokolwiek leki na stałe lub doraźnie? Jeśli tak, to jakie?
 (proszę wpisać nazwę, dawkowanie) TAK NIE

.....

Czy miał/a Pan/Pani przetoczenie krwi (transfuzję)? TAK NIE

Czy choruje lub chorował/a Pan/Pani na niżej wymienione choroby? Jeśli tak, proszę napisać jakie.

Choroby krążenia: nadciśnienie tętnicze, niskie ciśnienie, miażdżyca, omdlenia, duszności, choroby naczyń krwionośnych (np. żylaki, zapalenia żył). TAK NIE

.....

Choroby serca: choroba wieńcowa (czyli choroba niedokrwienna serca), przebyty zawał serca, wada serca, zaburzenia rytmu, stymulator serca. TAK NIE

.....

Czy ma Pan/Pani problemy z wejściem na 2 piętro? Jeśli tak, proszę podać objawy. TAK NIE

.....

Choroby płuc: astma, POChP, rozedma, pylica, gruźlica, zapalenie płuc, nawracające infekcje. TAK NIE

.....



Choroby wątroby i dróg żółciowych: stłuszczenie, marskość, żółtaczka, wirusowe zapalenie wątroby, kamica pęcherzyka żółciowego, porfiria. TAK NIE

Choroby żołądka, przełyku: choroba wrzodowa żołądka/dwunastnicy, choroba refluksowa, zapalenie błony śluzowej, zgaga, nadkwaśność, odbijanie. TAK NIE

Choroby układu moczowego i nerek: kamica nerkowa, zapalenie nerek, zakażenia dróg moczowych, TAK NIE

Choroby endokrynologiczne i przemiany materii: cukrzyca, choroby tarczycy, trzustki, przysadki, przynależność, nadnerczy, dna moczanowa, hormonalna terapia zastępcza, inne. TAK NIE

Choroby oczu: zaćma, jaskra, wada wzroku, szkła kontaktowe, protezy oka. TAK NIE

Choroby neurologiczne: padaczka, udar, uraz czaszkowo-mózgowy, niedowład/porażenie kończyn górnych/dolnych, miastenia, stwardnienie rozsiane, dystrofia mięśniowa, zawroty głowy. TAK NIE

Choroby krwi: niedokrwistość (anemia), hemofilia, białaczka, skłonność do krwawień/siniaków, inne. TAK NIE

Choroby psychiczne: depresja, nerwica, schizofrenia, zaburzenia lękowe, choroba dwubiegunowa. TAK NIE

Czy jest Pan/Pani uczulony/a na leki (np. aspiryna) – jeśli tak, podać jakie, jedzenie, artykuły spożywcze, środki dezynfekcyjne, plastry, środki kontrastowe, pyłki, trawy, inne? TAK NIE

Czy pije Pan/Pani alkohol, pali papierosy? Zażywa narkotyki, leki uspokajające, nasenne? Inne używki? Jeśli tak, proszę napisać jakie i jak dużo. TAK NIE

Jama ustna: czy ma Pan/Pani protezy zębowe, aparaty ortodontyczne, implanty, korony, mosty, kolczyki w języku, chwiejące się zęby? TAK NIE

Czy jest Pani w ciąży? Czy karmi Pani piersią? TAK NIE

Czy choruje Pan/Pani na inne choroby, o które nie zapytano powyżej? TAK NIE

Czy w ostatnim miesiącu miał/a Pan/Pani przeziębienie, alergię, katar, kaszel, biegunkę, wymioty? TAK NIE

ZALECENIA:

Przez 6 godzin przed znieczuleniem nie wolno nic jeść i nie wolno nic pić !!

Nie pić alkoholu minimum 24 godziny przed znieczuleniem, powstrzymać się od palenia papierosów. Należy wyjąć protezy ortodontyczne, zdjąć szkła kontaktowe i biżuterię oraz zmyć lakier z paznokci na czas znieczulenia. Przez 24 godziny po znieczuleniu nie wolno pić alkoholu, prowadzić pojazdów, obsługiwać urządzeń mechanicznych oraz należy unikać podejmowania ważnych decyzji.

Oświadczam, że podane w ankiecie informacje są zgodne z prawdą i że zastosuję się do wyżej wymienionych zaleceń.

.....
data i podpis pacjenta



Informacje o rodzajach znieczuleń.

Analgosedacja to jedna z form znieczulenia polegająca na jednoczesnym zastosowaniu leków o działaniu uspokajającym i nasennym (sedacja) oraz leków o działaniu przeciwbólowym (analgezja). Stosowana przy bolesnych zabiegach diagnostycznych oraz w intensywnej terapii.

Znieczulenie przewodowe (regionalne, „blokada”) jest możliwe, gdy lek miejscowo znieczulający podany jest w okolicę nerwów zaopatrujących dany obszar ciała. Powoduje to zniesienie odczuwania bólu, ciepła i zimna w określonym obszarze, może dojść również do blokady ruchowej. Znieczulenie regionalne pozwala na zachowanie przytomności i świadomości pacjenta podczas operacji.

Znieczulenie nerwów obwodowych polega na wstrzyknięciu środka znieczulającego w okolicę pnia nerwu lub splotu nerwowego. Uzyskuje się w ten sposób znieczulenie unerwionego przez ten nerw lub splot całego obszaru poddanego operacji.

Znieczulenie ogólne („narkoza”) – to głęboki sen zapewniający zniesienie jakichkolwiek wrażeń. Aby zapewnić wydolny oddech podczas znieczulenia ogólnego zakładana jest do dróg oddechowych rurka intubacyjna lub maska krtaniowa, a oddech zastępczy prowadzony jest przy użyciu respiratora. Podczas całego znieczulenia stale monitorowane są parametry życiowe krążeniowo-oddechowe. Zapewnia to całkowite bezpieczeństwo znieczulanego chorego. Znieczulenie ogólne może spowodować poniższe powikłania: uszkodzenie zębów, chrypka, ból gardła, nudności, wymioty, reakcja alergiczna na leki lub inne nieprzewidywalne reakcje organizmu na środki znieczulenia ogólnego, drobne uszkodzenia (tj. uszkodzenie warg, zadrapanie, krwiak w miejscu wkłucia dożylnego, uszkodzenie krtani w wyniku laryngoskopii i intubacji), zachłyśnięcie (aspiracja treści pokarmowej do płuc), powikłania sercowo-naczyniowe (obniżenie ciśnienia tętniczego, zawał serca, nagłe zatrzymanie krążenia), powikłania oddechowe – niedotlenienie, uszkodzenie wątroby, nerek w wyniku działania środków anestezjologicznych lub powikłań krążeniowych, uszkodzenia nerwów wywołane ułożeniem na stole operacyjnym.

PONIŻSZĄ CZĘŚĆ WYPEŁNIA LEKARZ

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL / wiek:

Rozpoznanie:	Rodzaj zabiegu:
--------------	-----------------

Ocena układu oddechowego:

Ocena układu krążenia:	RR:		NYHA:
	tętno:		

EKG:	RTG klp:
------	----------

Ocena warunków do intubacji: <i>Mallampati</i>
--

bad.lab. data	HGB	HCT	PLT	INR	Ratio	glikemia
	Na ⁺	K ⁺	kreatynina	inne:		

ASA:

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



ZGODA PACJENTA:

Lekarz anestezyjolog przeprowadził ze mną rozmowę wyjaśniającą postępowanie przed, podczas i po zabiegu. Stwierdzam, że zrozumiałem/zrozumiałam wszystkie podane informacje i podczas konsultacji miałem/miałam możliwość uzyskania pełnych, zrozumiałych i satysfakcjonujących odpowiedzi na wszystkie moje pytania.

Zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana o alternatywnych sposobach znieczulenia. Uzyskałem/uzyskałam informację o jego wadach, zaletach oraz możliwych, dających się przewidzieć powikłaniach i następstwach z nim związanych. Po rozmowie z lekarzem anestezyjologiem zgadzam się bez zastrzeżeń na wykonanie proponowanego znieczulenia:

Ogólne Analgośedacja Blokada nerwów

do planowanego zabiegu operacyjnego oraz towarzyszące znieczuleniu niezbędne postępowanie medyczne. Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu znieczulenia w niezbędnym zakresie, zgodnie z aktualnymi zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie tego wymagała sytuacja powstała w wyniku procesu terapeutycznego.

Ponadto przyjmuję do wiadomości i wyrażam świadomą zgodę na uzasadnione medycznie, niezbędne dla mojego dobra, rozszerzenie postępowania anestezyjologicznego (leczenie krążeniowe, oddechowe, założenie centralnego dostępu żylnego i in.) w razie powstałych w trakcie zabiegu niespodziewanych okoliczności.

.....
data i podpis pacjenta

.....
data i podpis lekarza