

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Imię i nazwisko:

PESEL/data urodzenia:

Poznań, dnia

Zadaniem lekarza anestezjologa jest zapewnienie największego bezpieczeństwa i komfortu pacjentowi podczas zabiegów operacyjnych. Anestezja w trakcie procedur zabiegowych ma na celu kontrolowane, odwracalne zniesienie świadomości, odruchów, czucia bólu i innych bodźców.

Anestezjolog nadzoruje podczas każdego zabiegu podstawowe parametry życiowe (tętno, ciśnienie, oddech, wysycenie tlenem itd.) i natychmiast reaguje na ewentualne, niekorzystne zdarzenia.

Ankieta anestezjologiczna służy do zebrania informacji, na podstawie których możliwe będzie wybranie optymalnego rodzaju 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 godz. po opuszczeniu szpitala.
- 3) Powstrzymać się od prowadzenia jakichkolwiek pojazdów przez 24 godziny od znieczulenia.

WYWIAD CHOROBY

Prosimy o zaznaczenie właściwej odpowiedzi w części przeznaczony do wypełnienia przez pacjenta (lewa kolumna w poniższej tabeli):

WYPEŁNIA PACJENT		
Wiek..... lat	Wzrost.....cm	Masa.....kg
Przebyte zabiegi	☐ TAK ☐ NIE	Jakie?
Powikłania znieczulenia	☐ TAK ☐ NIE	WYPEŁNIA ANESTEZJOLOG
		BMI (≥ 30)
Choroby układu sercowo - naczyniowego ☐ TAK ☐ NIE	☐ nadciśnienie tętnicze ☐ choroba wieńcowa ☐ zawał serca ☐ stent ☐ niewydolność serca ☐ blok P/K ☐ arytmie ☐ bradykardia ☐ tachycardia ☐ wady zastawkowe ☐ stymulator serca ☐ zakrzepica żylna ☐ inne ☐ niestabilna / ciężka) ☐ w ostatnich 90 dniach) ☐ zdekompensowana) ☐ dużego stopnia) ☐ objawowe) ☐ kardiowerter / defibrylator	

WYPEŁNIA PACJENT		WYPEŁNIA ANESTEZJOLOG	
Choroby układu oddechowego	☐ TAK ☐ NIE	☐ gruźlica ☐ rozedma ☐ pylica	☐ astma ☐ przewlekłe zap. oskrzeli ☐ inne
Uczulenia	☐ TAK ☐ NIE	☐ leki (☐ jodyna) ☐ pyłki	☐ plaster ☐ katar sienny
Przyjmowane leki, suplementy diety, szczepienia ochronne	☐ TAK ☐ NIE	Jakie?	
Używki	☐ TAK ☐ NIE	☐ chroniczny palacz ☐ nadużywanie alkoholu ☐ leki odurzające ☐ substancje psychoaktywne	☐ (ryzyko z. abstynencyjnego)
Zmiany nastroju	☐ TAK ☐ NIE	☐ depresja ☐ nerwica	☐ inne
Choroby nerek	☐ TAK ☐ NIE	☐ ostra niewydolność nerek ☐ przewlekła niewydolność nerek	☐ dializa
Cukrzyca	☐ TAK ☐ NIE	☐ typ 1	☐ typ 2
Choroby układu trawiennego i endokrynnego	☐ TAK ☐ NIE	☐ marskość wątroby ☐ sterydoterapia ☐ choroba wrzodowa żołądka	☐ choroby tarczycy ☐ porfiria ☐ inne
Czy używa Pan/Pani protez zębowych wyjmowanych?			
☐ TAK ☐ NIE			
Choroby układu nerwowego	☐ TAK ☐ NIE	☐ padaczka ☐ miastenia ☐ przebyty udar mózgu, TIA	☐ miopatie ☐ niedowłady, porażenia ☐ inne
Choroby układu mięśniowo - szkieletowego	☐ TAK ☐ NIE	☐ dyskopatia ☐ inne	☐ skrzywienie kręgosłupa
Anemia	☐ TAK ☐ NIE	☐ objawowa	
Zaburzenia krzepnięcia	☐ TAK ☐ NIE	☐ istotne klinicznie	
Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni przyjmował/a Pan/Pani aspirynę, leki rozrzedzające krew lub leki przeciwbólowe?			
☐ TAK ☐ NIE			
Choroby oczu	☐ TAK ☐ NIE	☐ jaskra ☐ szkła kontaktowe	☐ proteza oka ☐ inne
Choroby nowotworowe	☐ TAK ☐ NIE		
Inne:			

Czy w chwili obecnej jest Pani w ciąży ?	☐ TAK	☐ NIE		
Czy w chwili obecnej karmi Pani piersią?	☐ TAK	☐ NIE		
Czytelny podpis pacjenta:				

Data

Podpis i pieczęć anestezjologa

BADANIE I PREMEDIKACJA – WYPEŁNIA ANESTEZJOLOG

LEKI:

BADANIA LABORATORYJNE:

KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE:

BADANIA OBRAZOWE:

Badanie fizykalne

ASA

Pacjent

I II III IV V VI E

☐ przytomny

☐ zorientowany

☐ nieprzytomny

☐ w kontakcie logicznym

Tętno.....min⁻¹

RR: mmHg

Płuca

☐ szmer oddechowy pęcherzykowy symetryczny

☐

Serce

akcja serca: ☐ miarowa

niemiarowa

tony serca: ☐ czyste

☐

Inne

.....

NYHA (Skala ciężkości objawów niewydolności serca) I II III IV ☐ nie dotyczy

CCS (Skala zaawansowania dławicy piersiowej) I II III IV ☐ nie dotyczy

Ocena drożności dróg oddechowych

☐ trudna intubacja

☐ trudna / niemożliwa wentylacja

▪ Mallampati I° II° III° IV°

Data

Podpis i pieczęć anestezjologa

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZNIECZULENIE

Niniejszym wyrażam/nie wyrażam* zgodę i proszę o proponowane znieczulenie:

☐ **OGÓLNE**

☐ **REGIONALNE**

Zgadzam się na towarzyszące temu postępowanie medyczne w czasie i po zabiegu.

Zgadzam się na medycznie uzasadnione zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego, w tym zmianę rodzaju znieczulenia.

Zapoznałem/am się z „Informacją o znieczuleniu” (QD/L-57).

Jednocześnie oświadczam, że miałem/am nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących znieczulenia, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań oraz że uzyskałem/am zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi.

Rozumiem i akceptuję ryzyko oraz możliwe powikłania jakie niesie ze sobą znieczulenie.

Oświadczam, że nie zataiłem/am żadnych informacji medycznych odnośnie stanu zdrowia, uczuleń, przebytych chorób i operacji oraz przyjmowanych leków.

Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na której podjęcie miałem/am wystarczającą ilość czasu.

Wyrażam zgodę na uzasadnione medycznie przetoczenie krwi lub składników krwiopochodnych:

☐ TAK ☐ NIE

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

.....
.....

.....
Data

.....
Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć anestesjologa

*niepotrzebne skreślić