INFORMACJA O POSTĘPOWANIU ANESTEZJOLOGICZNYM - ZNIECZULENIU

Rolą lekarza anestezjologa jest zaproponowanie i znieczulenie pacjenta w oparciu o aktualny stan wiedzy medycznej i stan zdrowia pacjenta w taki sposób, by zapewnić pacjentowi komfort i bezpieczeństwo w czasie przeprowadzanego badania, a także by umożliwić sprawne przeprowadzenie zabiegu lekarzowi badającemu.

Bolesny, nieprzyjemny zabieg diagnostyczny lub operacyjny może zostać przeprowadzony w znieczuleniu ogólnym (tzw. narkozie) lub w znieczuleniu miejscowym, obejmującym wybraną część ciała pacjenta. W trakcie zabiegu zespół anestezjologiczny kontroluje czynności życiowe organizmu chorego (zwłaszcza czynność układu krążenia, oddechowego i ośrodkowego układu nerwowego) i w razie wystąpienia jakichkolwiek zaburzeń natychmiastowo reaguje.

Wszystkie procedury anestezjologiczne, przy spełnieniu aktualnych standardów dotyczących personelu i sprzętu są bezpieczne dla pacjenta. Jednak każda czynność medyczna niesie ze sobą ryzyko wystąpienia powikłań.

Ankieta anestezjologiczna służy do zebrania informacji, na podstawie których możliwe będzie dobranie najkorzystniejszego dla Pani/Pana rodzaju znieczulenia i postępowania w okresie około zabiegowym.

Prosimy o dokładne i zgodne z prawdą odpowiedzi na poniższe pytania. Szczegółowe i prawdziwe przedstawienie swojego stanu zdrowia i bezwzględne zastosowanie się do zakazu spożywania pokarmów i napojów przed znieczuleniem, pomoże anestezjologowi zminimalizować ryzyko powikłań.

Wszelkie wątpliwości dotyczące znieczulenia i pytań zawartych w ankiecie wyjaśni lekarz anestezjolog.

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA - wypełnia pacjent

Data zabiegu.....

Imię..... Nazwisko.....

PESEL..... Data urodzenia.....

Wzrost..... Waga.....

Zawód.....

Adres.....

Czy w ostatnim czasie leczył(a) się Pan(i)? Jeśli tak, to na jakie schorzenia?.....	TAK/NIE
Jaki leki Pan(i) obecnie przyjmuje?	
Czy był(a) Pan(i) operowany(a)? Jeśli tak, to w którym roku....., rodzaj zabiegu.....	TAK/NIE
Czy dobrze zniósł(a) Pan(i) znieczulenie?	TAK/NIE
Czy miał(a) Pan(i) kiedykolwiek przeprowadzaną transfuzję krwi? Jeśli tak, to kiedy?.....	TAK/NIE
Czy choruje Pan(i) na choroby serca? (zawał, niedokrwienie mięśnia sercowego, wada) Inne, jakie?	TAK/NIE
Czy choruje Pan(i) na choroby układu krążenia? (nadciśnienie, omdlenia, duszności) Inne, jakie?	TAK/NIE
Czy choruje Pan(i) na choroby naczyń? (żylaki, bóle łydek, złe ukrwienie kończyn) Inne, jakie?	TAK/NIE
Czy choruje Pan(i) na choroby płuc? (zapalenie płuc, gruźlica, rozedma, pylica) Inne, jakie?	TAK/NIE
Czy choruje Pan(i) na choroby dróg oddechowych? (astma, zapalenie oskrzeli) Inne, jakie?	TAK/NIE
Czy choruje Pan(i) na choroby żołądka? (choroba wrzodowa, zapalenie) Inne, jakie?	TAK/NIE
Czy choruje Pan(i) na choroby wątroby, żółtaczkę? (zastój, stłuszczenie) Inne, jakie?	TAK/NIE
Czy choruje Pan(i) na choroby układu moczowego? (zapalenie nerek, kamienie) Inne, jakie?	TAK/NIE
Czy choruje Pan(i) na choroby przemiany materii? (cukrzyca, dna moczanowa) Inne, jakie?	TAK/NIE
Czy choruje Pan(i) na choroby tarczycy? (wole, nadczynność, niedoczynność) Inne, jakie?	TAK/NIE

Czy choruje Pan(i) na choroby oczu? (jaskra) Inne, jakie?	TAK/NIE
Czy choruje Pan(i) na choroby układu nerwowego? (drgawki, udar, porażenie) Inne, jakie?	TAK/NIE
Czy skarży się Pan(i) na problemy natury psychicznej? (nerwica, depresja) Inne, jakie?	TAK/NIE
Czy choruje Pan(i) na choroby układu kostno-szkieletowego? (bóle korzonkowe, bóle kręgosłupa, bóle stawów, osłabienie mięśni) Inne, jakie?	TAK/NIE
Czy cierpi Pan(i) na uczulenia? (katar sienny, wysypka, uczulenia na leki, pokarmy, jodynę, środki chemiczne) Inne, jakie?	TAK/NIE
Czy choruje Pan(i) na inne schorzenia, nie wymienione powyżej? Inne, jakie?	TAK/NIE
Czy jest Pani w ciąży?	TAK/NIE
Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę?	TAK/NIE
Czy nosi Pan(i) szkła kontaktowe, protezy zębowe?	TAK/NIE
Czy pali Pan(i) papierosy? Jeśli tak to ile?..... Jeżeli już nie, to od kiedy?.....	TAK/NIE
Czy spożywa Pan(i) alkohol? TAK / NIE / RZADKO / REGULARNIE / DUŻO	
Czy zażywa Pan(i) środki nasenne, środki uspokajające, narkotyki? Jeśli tak, to jakie?.....	TAK/NIE

Oświadczenie pacjenta

Oświadczam, że zdaję sobie sprawę z konieczności odbioru mnie po znieczuleniu przez osobę towarzyszącą. Osobą, która mnie odbierze będzie ..... (imię i nazwisko).

Oświadczam, że lekarz anestezjolog przeprowadził ze mną rozmowę wyjaśniając problem znieczulenia do zabiegu. Podczas tej rozmowy miałem(am) pełną możliwość zadawania pytań, dotyczących znieczulenia i otrzymałem(am) na nie wyczerpujące i satysfakcjonujące mnie odpowiedzi. Otrzymałem(am) także zrozumiałe wyjaśnienia moich wątpliwości dotyczących znieczulenia, związanego z nim ryzyka oraz innych okoliczności przed- i pooperacyjnych.

Oświadczam, że nie zataiłem(am) żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia i przyjmowanych leków, będąc w pełni świadomym(mą) wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych. Oświadczam, że nie mam już więcej pytań.

.....

data i podpis pacjenta

Zgoda pacjenta na znieczulenie

Niniejszym wyrażam zgodę na zaproponowany rodzaj znieczulenia do zabiegu: ……

Jak również na towarzyszące temu procedury (przetoczenia krwi i środków krwiopochodnych, leczenie krążeniowe, leczenie oddechowe, kroplówki, intubacje) w trakcie trwania zabiegu, jak i po jego zakończeniu. Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego (w tym zmianę rodzaju znieczulenia), jeśli okaże się to konieczne.

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

…… ……

data i podpis pacjenta/ki data i podpis lekarza

OCENA I BADANIE PACJENTA PRZED ZNIECZULENIEM – WYPEŁNIA ANESTEZJOLOG

Klasyfikacja stanu ogólnego wg ASA	Ocena stopnia trudności intubacji wg Mallampatiego
ASA 1 – pacjent zdrowy ASA 2 – pacjent z łagodnym schorzeniem układowym, nie mającym wpływu na normalne funkcjonowanie ASA 3 – pacjent z ciężkim schorzeniem układowym, ograniczającym normalne funkcjonowanie ASA 4 – pacjent z ciężkim schorzeniem układowym, które jest ciągłym zagrożeniem dla życia ASA 5 – pacjent umierający, który nie przeżyje bez operacji	
MET: ☐ <4 ☐ > 4 <10 ☐ >10	
Uwagi anestezjologa	
Po przeprowadzeniu rozmowy z pacjentem i zapoznaniu się z jego stanem zdrowia, uważam że optymalne byłoby do planowanego zabiegu wykonanie znieczulenia ogólnego i/lub regionalnego Podpis lekarza ……	