

INFORMACJA O POSTĘPOWANIU ANESTEZJOLOGICZNYM – ZNIECZULENIU

Data zabiegu.....

Imię.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Data urodzenia.....

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

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

Dobłą odpowiedź należy wziąć w kółko – jeśli odpowiedź to „TAK” **TAK** / NIE

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? (ból korzonkowy, ból kręgosłupa, ból 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 ma Pan(i) alergię na soję?	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 osoby towarzyszącej).

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 (wpisz nazwę badania), jak również na towarzyszące temu procedury (przetoczenia krwi i środków krwiotwórczych, 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.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych podanych w dokumentacji medycznej i pismach złożonych dla potrzeb związanych ze świadczeniem usług medycznych i potwierdzam że dane są zgodne z prawdą.

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 Mallampatego
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	