*Zakład Opieki Zdrowotnej i Medycyny Pracy Med-Alko Sp.zoo* **.** *Chirurgia Jednego Dnia Konin, ul. Gajowa 7 tel. 63 / 240 79 34*

 *ANKIETA KWALIFIKACJI ANESTEZJOLOGICZNEJ -* ***dzieci . WYPEŁNIA RODZIC / OPIEKUN PRAWNY***

Nazwisko i imię dziecka……………………………………… ……… …..

Data urodzenia…………………….. Masa ciała dziecka……………kg

Rodzaj zabiegu…………………………………………………………………………………………….

 *Ankieta przedoperacyjna służy zebraniu i udokumentowaniu informacji, na podstawie których możliwe będzie wybranie najbardziej korzystnego i bezpiecznego postępowania anestezjologicznego. Prosimy o uważne przeczytanie ankiety i udzielenie dokładnych odpowiedzi na zadane pytania, gdyż brak pełnej informacji o stanie zdrowia Państwa dziecka może przyczynić się do wystąpienia powikłań. Wszystkie niejasności prosimy poruszyć w trakcie rozmowy z anestezjologiem i podpisać zgodę na znieczulenie.*

**WYWIAD: (** ***właściwą odpowiedź otocz obwódką i podkreśl właściwą chorobę*** )

1.Czy dziecko jest UCZULONE na leki, pokarmy, inne alergeny ?. .. …. tak nie Jeśli tak, to na co ………………………………………

2.Czy dziecko jest aktualnie chore, przeziębione, ma infekcję ? tak nie

3.Czy dziecko było leczone lub szczepione w ciągu ostatnich 14 dni? … . tak nie Z powodu jakiej choroby? Jakie leki ?.............................................................................. …………………………………………………………………………………………... 4.Czy dziecko na stałe otrzymuje leki, jakie? …………………………... tak nie …………………………………………………………………………………………... 5.Czy dziecko było już leczone/operowane w szpitalu ? …………….…. tak nie Na co i kiedy?......................................................................................................... …………………………………………………………………………………………… 6.Czy znieczulenie u dziecka lub krewnych miało powikłania ………….. tak nie Co zaszło?..........................................................................................................................

7.Czy rozwój psychofizyczny dziecka jest prawidłowy? tak nie 8.Czy dziecko ma padaczkę, mózgowe porażenie, zaburzenia zachowania tak nie

9.Czy dziecko chorowało na zapalenie oskrzeli, astmę, zapalenie krtani? tak nie 10.Czy u dziecka stwierdzono wadę serca, zaburzenia rytmu, ograniczoną wydolność tak nie

11.Czy kiedykolwiek podczas gorączki wystąpiły drgawki? tak nie 12.Czy dziecko chorowało na żółtaczkę inną niż po urodzeniu ? tak nie

13.Czy ma nadmierną skłonność do krwawień, samoistnych krwiaków, siniaków? tak nie 14.Czy dziecko choruje na choroby nerek? tak nie

15.Czy dziecko choruje na cukrzycę, choroby tarczycy, otyłość ? tak nie 16.Czy cierpi na osłabienie mięśni, choroby/dystrofie nerwowo-mięśniowe? tak nie

17.Czy dziecko urodziło się jako wcześniak, ma wady rozwojowe, jakie ? …….. tak nie 18.Czy dziecko ma ruszające się zęby, które?............................................................. tak nie

19.Czy dziecko ma inne dolegliwości, choroby, przebyło ciężkie urazy tak nie Jakie ?................................................................................................................................

 *Bolesne badania diagnostyczne i zabiegi operacyjne wykonuje się w znieczuleniu ogólnym (narkozie) lub przewodowym obejmującym tylko określoną część ciała. Znieczulenie poprzedza ocena stanu zdrowia dziecka oraz zlecenie i podanie leków uspokajających i przeciwbólowych (premedykacja), co powoduje uspokojenie dziecka i ułatwia bezpieczne rozpoczęcie znieczulenia. Odpowiedzialnym za przeprowadzenie bezpiecznego znieczulenia i zapewnienie komfortu dziecku podczas zabiegu jest lekarz anestezjolog i pielęgniarka anestezjologiczna. Ciężkie, zagrażające życiu komplikacje podczas znieczulenia ogólnego zdarzają się niezwykle rzadko.*

*Aby zapobiec wystąpieniu powikłań, anestezjolog podczas zabiegu monitoruje czynność układów oddechowego, krążenia i inne, a jeśli powikłania wystąpią, natychmiast je rozpoznaje i leczy..*

**AKCEPTACJA ZALECEŃ, OŚWIADCZENIE RODZICÓW DZIECKA I ZGODA NA ZNIECZULENIE:**

ZALECENIA DLA RODZICÓW: **przez 6 godzin przed znieczuleniem nie wolno dziecku jeść, aby po podaniu środków znieczulających, które powodują zniesienie naturalnych odruchów obronnych, nie doszło do przedostania się treści pokarmowej z żołądka do dróg oddechowych. Takie powikłanie jest bardzo groźne!!! Przerwa w karmieniu mlekiem matki 4 godziny przed znieczuleniem. Klarowne płyny do 100ml dopuszczalne na 4 godziny przed znieczuleniem.**

Zapoznałem/am się z zaleceniami, lekarz anestezjolog przeprowadził ze mną rozmowę na temat znieczulenia do operacji mego dziecka. Podczas tej rozmowy mogłam/em pytać o wszystkie interesujące mnie problemy dotyczące rodzaju znieczulenia, związanego z nim ryzyka i okoliczności, które mogą wystąpić w trakcie i po znieczuleniu. NIE MAM WIĘCEJ PYTAŃ.

**Niniejszym proszę o przeprowadzenie znieczulenia mego dziecka**. Zgadzam się na towarzyszące zabiegowi postępowanie tj. infuzje płynów, **krwi**, preparatów krwiopochodnych , podawanie leków. Zgadzam się na medycznie uzasadnione zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego, w tym zmianę rodzaju znieczulenia oraz leczenie ewentualnych powikłań.

 Nie zgadzam się na . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

 Inne uwagi: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Data . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

 **Podpis rodzica/opiekuna prawnego** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

 Podpis dziecka ( jeśli skończone 16 lat). . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**WYPEŁNIA ANESTEZJOLOG**: Stan przedmiotowy:

 płuca – szmer pęcherzykowy / ……………………………………… serce-miarowo / ……………………… tony czyste /………………………….

Stan neurologiczny – prawidłowy /………………………………………. Uwagi-…………………………………………………………………………………………..

 ASA…………………….. Mallampati. ……………………………… Proponowane znieczulenie…………………………………………………………………

**Dodatkowe zalecenia przedoperacyjne:** …………………………………………………………….………………………………………

DZIECKO ZAKWALIFIKOWANE / NIE ZAKWALIFIKOWANE do znieczulenia z powodu……………………………………………..

 Ponowna kwalifikacja za………………………………………………………………..

PREMEDYKACJA…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Data…………………………………………. Pieczęć i podpis anestezjologa