

ANKIETA KWALIFIKACJI ANESTEZJOLOGICZNEJ - dla dorosłych.
WYPEŁNIA PACJENT !

Nazwisko i imię

Data urodzenia..... Masa ciała.....kg

Rodzaj zabiegu.....

PRZECZYTAJ: *Ankieta przedoperacyjna służy zebraniu i udokumentowaniu informacji, na podstawie których możliwe będzie wybranie najbardziej korzystnego postępowania anestezjologicznego. Prosimy o udzielenie dokładnych odpowiedzi na zadane pytania, gdyż brak pełnej informacji o Pana/i stanie zdrowia może przyczynić się do wystąpienia powikłań. Wszystkie niejasności prosimy poruszyć w trakcie rozmowy z anestezjologiem i podpisać ankietę.*

Wywiad: (*właściwą odpowiedź otocz obwódką*) :

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1. Czy jest Pan/i aktualnie przeziębiony/a, chory/a ? | tak | nie |
| 2. Uczulenia (na co?)..... | tak | nie |
| 3. Czy na co dzień zażywa Pan/i leki ? (wymień wszystkie) | tak | nie |
| | | |
| | | |
| | | |
| 4. Przebyte operacje (jakie?)..... | tak | nie |
| | | |
| 5. Czy były komplikacje znieczuleń u Pana/i lub krewnych | tak | nie |

CZY CHORUJE LUB CHOROWAŁ/A PAN/I NA CHOROBY : *jeśli tak, to podkreśl właściwe*

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1. Serca: zawał, choroba niedokrwienna, wada serca, zaburzenia rytmu , rozrusznik | tak | nie |
| 2. Krążenia: nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, niewydolność serca | tak | nie |
| 3. Płuc: astma, gruźlica, rozedma, POChP | tak | nie |
| 4. Wątroby: żółtaczką, marskość, stłuszczenie, wirusowe zapalenie wątroby | tak | nie |
| 5. Układu moczowego: niewydolność lub zapalenie nerek, kamica, prostata | tak | nie |
| 6. Tarczycy: nadczynność, niedoczynność, wole, guzy | tak | nie |
| 7. Metaboliczne: cukrzyca, dna moczanowa, porfiria, inne | tak | nie |
| 8. Układu nerwowego: padaczka, udar, niedowład, miastenia | tak | nie |
| 9. Zmiany nastroju: depresje, nerwice, choroby psychiczne, choroba alkoholowa | tak | nie |
| 10. Choroby kręgosłupa i stawów: zwyrodnienia, dyskopatie, urazy.. | tak | nie |
| 11. Choroby krwi: hemofilia, małopłytkowość, żylaki, zakrzepica, zatorowość pł. | tak | nie |
| 12.Czy jest Pani w ciąży ? | tak | nie |
| 13.Czy pali Pan/i papierosy, nadużywa alkoholu, używa środki psychoaktywne ? | tak | nie |
| 14.Czy ma Pan/i wyjmowane protezy zębowe, szkła kontaktowe, inne protezy ? | tak | nie |
| 15.Inne choroby, nowotwory, otyłość, dolegliwości (jakie?)..... | tak | nie |
| | | |

ZALECENIA DLA PACJENTÓW:

1. Powstrzymać się od jedzenia i picia przez 6 godzin przed znieczuleniem – **BARDZO WAŻNE !!!**
2. Do znieczulenia należy być bez biżuterii, makijażu, pomalowanych paznokci, ruchomych protez. Dodatkowo w trybie jednodniowym: opieka dorosłej osoby po opuszczeniu szpitala i zakaz prowadzenia pojazdów i obsługi maszyn przez 24 godziny po znieczuleniu.

Zadaniem lekarza anestezjologa jest bezpieczne przeprowadzenie znieczulenia. Anestezjolog wspólnie z pielęgniarką anestezjologiczną troszczy się o wyeliminowanie bólu przez zastosowanie znieczulenia ogólnego (narkozy) bądź przewodowego obejmującego tylko określoną część ciała. Znieczulenie przewodowe jest w większości przypadków mniej obciążające dla organizmu niż znieczulenie ogólne. Aby zapobiec wystąpieniu powikłań, anestezjolog podczas zabiegu monitoruje parametry układów oddechowego, krążenia i inne, a jeśli powikłania wystąpią, natychmiast je rozpoznaje i leczy.

OŚWIADCZENIE PACJENTA I ZGODA NA ZNIECZULENIE

Lekarz anestezjolog przeprowadził ze mną rozmowę na temat znieczulenia. Podczas tej rozmowy mogłem/am pytać o wszystkie interesujące mnie problemy dotyczące rodzaju znieczulenia, związanego z nim ryzyka oraz o inne okoliczności, które mogą wystąpić podczas i po operacji. **NIE MAM WIĘCEJ PYTAŃ.** Na postawione w ankiecie pytania udzieliłem/am odpowiedzi zgodnie z prawdą.

Niniejszym proszę o przeprowadzenie u mnie znieczulenia ogólnego lub przewodowego do zabiegu operacyjnego. Zapoznałem/am się z zaleceniami przedoperacyjnymi. Zgadzam się na towarzyszące zabiegowi postępowanie, tj. przetaczanie płynów, podawanie leków niezbędnych w czasie i po zabiegu, w tym **preparatów krwi**. Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego, w tym zmianę rodzaju i zakresu znieczulenia oraz leczenie ewentualnych powikłań.

UWAGI: Data.....

..... **Podpis pacjenta**.....

WYPEŁNIA ANESTEZJOLOG: Stan przedmiotowy: dobry/ Tolerancja wysiłku: dobra / umiarkowana / słaba

płuca – szmer pęcherzykowy /serce-miarowo /tony czyste /..... obrzęki: tak / nie

Brzuch miękki /.....Stan neurologiczny – bez wyraźnych ubytków/..... Uwagi-.....

Rozpoznanie:.....

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

Dodatkowo przed operacją proszę wykonać badania/konsultacje:

UWAGI.....

Pacjent **ZAKWALIFIKOWANY/ NIE ZAKWALIFIKOWANY** do znieczulenia – *zakreśl właściwe.*

Premedykacja:

Data.....Pieczęć i podpis anestezjologa: wersja04.2021. TM