

**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 ? ... ..<br>na co .....                                     | tak | nie | Jeśli tak, to |
| 2. Czy dziecko jest aktualnie chore, przeziębione, ma infekcję ?   | tak | nie |               |
| 3. Czy dziecko było leczone lub szczepione w ciągu ostatnich 14 dni? ... .<br>Z powodu jakiej choroby? Jakie leki ?..... | tak | nie |               |
| 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, mózgowie 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, przeżyło ciężkie urazy<br>Jakie ?.....                                    | tak | nie |               |

*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 mogłem/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 płęcherzykowy / ..... 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