

PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Nazwisko: Imię:

Data urodzenia: Wzrost: Waga: Oddział:

Zadaniem anestezjologa jest zapewnienie największego bezpieczeństwa i komfortu pacjentowi podczas zabiegów operacyjnych lub diagnostycznych.

Anestezjolog troszczy się o zniesienie bólu przez podanie leków przeciwbólowych lub znieczulenie ogólne (uśpienie). Pewne zabiegi można przeprowadzić w znieczuleniu regionalnym (przewodowym) obejmującym znieczuleniem tylko określoną część ciała. Znieczulenie takie tylko w niewielkim stopniu obciąża organizm w przeciwieństwie do znieczulenia ogólnego. Wbrew obawom niektórych pacjentów znieczulenie regionalne w okolicy kręgosłupa (nadoponowe lub rdzeniowe) niezwykle rzadko powoduje uszkodzenie nerwów.

Ponadto anestezjolog nadzoruje podczas każdego zabiegu czynność organizmu (serce, ciśnienie, układ oddechowy) natychmiast i leczy występujące powikłania.

Ankieta przedoperacyjna służy do zebrania informacji, na podstawie których możliwe będzie wybranie najbardziej korzystnego postępowania anestezjologicznego. Pani/Pana współpraca przyczyni się do optymalnego przebiegu znieczulenia. Prosimy bardzo dokładnie odpowiedzieć na **podane na odwrocie pytania**. Wszystkie niejasności prosimy poruszyć podczas rozmowy z anestezjologiem i **w jego obecności podpisać zgodę na znieczulenie**.

Wskazówki dla pacjentów, którzy są leczeni w szpitalu krócej niż 24 godziny:

1. Powstrzymać się od jedzenia i picia na 6 godzin przed znieczuleniem.
2. Zapewnić sobie opiekę osoby dorosłej przynajmniej przez 12 godz. po opuszczeniu szpitala.
3. Powstrzymać się od prowadzenia jakichkolwiek pojazdów przez 24 godziny od znieczulenia.

WYPEŁNIA CHIRURG

Rodzaj zabiegu:

Planowany termin zabiegu: Podpis chirurga:

WYPEŁNIA ANESTEZJOLOG

Rodzaj znieczulenia: Ryzyko ASA: BP, HR:

Premedykacja:

Odchylenia w badaniach laboratoryjnych, rtg, ekg, inne:

.....

Ocena trudności w intubacji:

Inne problemy:

.....

PROSZE PRZECZYTAĆ PYTANIA I ZAKREŚLIĆ STOSOWNĄ ODPOWIEDŹ

Czy był(-a) już Pan(-i) operowany(-a)? Kiedy:

tak	nie	nie wiem
-----	-----	----------

Rodzaj zabiegu:

Czy dobrze zniósł Pan(-i) znieczulenie?

tak	nie	nie wiem
-----	-----	----------

Czy miał(-a) Pan(-i) już transfuzję krwi? Kiedy:

tak	nie	nie wiem
-----	-----	----------

Czy dobrze zniósł(-a) Pan(-i) tę transfuzję?

tak	nie	nie wiem
-----	-----	----------

- serce: zawał, choroba niedokrwienne, wada serca,

tak	nie	nie wiem
-----	-----	----------

- krążenie: nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności

tak	nie	nie wiem
-----	-----	----------

- gruźlicę, rozedmę, pylicę, astmę, przewlekłe zapalenie oskrzeli,

tak	nie	nie wiem
-----	-----	----------

- żołądek: choroba wrzodowa, zapalenie,

tak	nie	nie wiem
-----	-----	----------

- wątrobę, żółtaczkę, stłuczenie, marskość,

tak	nie	nie wiem
-----	-----	----------

- zapalenie nerek, kamica, trudności w oddawaniu moczu,

tak	nie	nie wiem
-----	-----	----------

- cukrzycę, dnę moczanową, porfiryne,

tak	nie	nie wiem
-----	-----	----------

- tarczycę: wole obojętne, nadczynność, niedoczynność,

tak	nie	nie wiem
-----	-----	----------

- choroby oczu: jaskra,

tak	nie	nie wiem
-----	-----	----------

- choroby nerwów: porażenie, drgawki, padaczka, udar,

tak	nie	nie wiem
-----	-----	----------

- choroby kręgosłupa, zmiany w stawach, osłabienie mięśni,

tak	nie	nie wiem
-----	-----	----------

- choroby krwi: skłonności do krwawień, siniaków,

tak	nie	nie wiem
-----	-----	----------

- uczulenia: leki, plaster, katar senny, inne

tak	nie	nie wiem
-----	-----	----------

Czy pije Pan(-i) alkohol?

tak	nie	tak dużo
-----	-----	----------

Czy jest Pani w ciąży?

tak	nie	nie wiem
-----	-----	----------

Protezy zębowe wyjmowane

tak	nie	
-----	-----	--

Szklą kontaktowe. Proteza oka

tak	nie	
-----	-----	--

Czy Pan(-i) pali? Jeśli tak to ile:

tak	nie	
-----	-----	--

Czy używa Pan(-i) środki nasenne? Jeśli tak to jakie:

Inne schorzenia:

Jakie leki przyjmuje Pan(-i) obecnie:

.....

Oświadczenie Pacjenta i zgoda na znieczulenie

Dr przeprowadził(-a) ze mną rozmowę wyjaśniającą problem znieczulenia do operacji. Podczas tej rozmowy mogłem(-am) pytać o wszystkie interesujące mnie problemy dotyczące rodzaju znieczulenia, związanego z tym ryzyka oraz o inne okoliczności, które mogą wystąpić przed i po operacji. **Nie mam więcej pytań.**

Proszę o wykonanie u mnie znieczulenia **ogólnego/regionalnego** do zabiegu operacyjnego. Zgadzam się na towarzyszące zabiegowi postępowanie, tj. infuzje płynów, transfuzje krwi własnej i obcej, niezbędne leki podawane w czasie i po zabiegu. Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezyjologicznego, w tym zmianę rodzaju i zakresu znieczulenia.

UWAGI PACJENTA:

Data przeprowadzonej rozmowy: Podpis lekarza:

Podpis pacjenta: