

Data.....

Nazwisko i imię pacjenta.....

Data urodzenia..... Waga..... Wzrost.....

Data zabiegu.....

Rozpoznanie..... Zabieg.....

PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Zadaniem lekarza anestezjologa jest zapewnienie możliwie największego bezpieczeństwa i komfortu pacjentowi znieczulanemu do zabiegów operacyjnych lub diagnostycznych.

Anestezjolog powoduje odwracalne zniesienie: bólu, stanu świadomości oraz odruchów wraz ze zwiotczeniem mięśni przez podanie odpowiednio dobranych i dawkowanych leków anestetycznych, dbając równocześnie o zachowanie i utrzymanie na bezpiecznym dla pacjenta poziomie podstawowych funkcji życiowych, co w połączeniu określane jest ZNIECZULENIEM OGÓLNYM.

Nadzorując i monitorując podstawowe funkcje życiowe organizmu znieczulanego pacjent(a)ki (serce i układ krążenia, układ oddechowy) podczas zabiegu, anestezjolog ma możliwość i obowiązek natychmiastowego interweniowania w przypadku wystąpienia jakichkolwiek ich zaburzeń..

Ankieta przedoperacyjna służy do zebrania informacji o stanie zdrowia, na podstawie których możliwe będzie przygotowanie pacjent(a)ki do zabiegu oraz wybranie najbardziej korzystnego postępowania anestezjologicznego. Pan(i)a współpraca przyczyni się do optymalnego przebiegu znieczulenia.

Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania zaznaczając właściwą odpowiedź.

Podczas rozmowy z anestezjologiem wskazane jest zadawanie dalszych pytań, a po uzyskaniu na nie satysfakcjonujących i wyczerpujących odpowiedzi podpisanie zgody na znieczulenie w jego obecności.

• Czy czuje się Pan(i) teraz **zdrowy(a)**? Tak Nie Nie wiem

• Czy miał(a) Pan(i) problemy **zdrowotne w ostatnich latach**? Tak Nie Nie wiem

• Jeżeli tak, to jakie?

• Czy leczy/leczył się Pan(i) **ostatnio**? Tak Nie Nie wiem

Jeżeli tak, to na jakie schorzenie?

.....

• Czy pozostaje Pan(i) pod opieką **lekarza ogólnego**? Tak Nie Nie wiem

• Jeżeli tak, to z powodu jakiego schorzenia?

• Czy przechodził Pan(i) **poważne choroby**? Tak Nie Nie wiem

Jeżeli tak, to jakie?

.....

• Czy był(a) Pan(i) już **operowany(a)**? Tak Nie Nie wiem

Jeżeli tak, to jaki był to rodzaj zabiegu i kiedy się odbył?:

..... w roku.....

..... w roku.....

- Czy dobrze znosi Pan(i) **znieczulenie ogólne**? Tak Nie Nie wiem
- Czy ktoś w rodzinie miał **problemy ze znieczuleniem** (narkozą)? Tak Nie Nie wiem
1. **Choroby serca** (zawał, wrodzone wady, uszkodzenie zastawek, sztuczne zastawki, rozrusznik serca, zaburzenia rytmu np. kołatanie serca) Tak Nie Nie wiem
2. **Choroby układu krążenia** (wysokie ciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, niewydolność krążenia, bóle w klatce piersiowej, ataki duszności, szybkie męczenie się przy małym wysiłku, obrzęki kończyn) Tak Nie Nie wiem
3. **Choroby naczyń** (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn) Tak Nie Nie wiem
- Jeżeli tak, to kiedy?
4. **Choroby płuc** (gruźlica, zapalenie płuc, rozedma, pylica) Tak Nie Nie wiem
- Jeżeli tak, to kiedy?
5. **Choroby dróg oddechowych** (astma, zapalenia oskrzeli) Tak Nie Nie wiem
- Jeżeli tak, to kiedy?
6. **Choroby alergiczne** (astma, katar sienny, wysypki, uczulenia na leki (antybiotyki, leki p/bólowe i inne), środki medyczne (jodyna, plastry itp.), uczulenia pokarmowe, uczulenia na związki chemiczne) Tak Nie Nie wiem
- Jeżeli tak, to jakie?
7. **Choroby laryngologiczne** (skrzywienie przegrody nosa, polipy, skłonność do krwawienia z nosa, zapalenie zatok) Tak Nie Nie wiem
- Jeżeli inne, to jakie?
8. **Choroby żołądka i dwunastnicy** (zapalenie, choroba wrzodowa, krwawienia, skłonność do wymiotów) Tak Nie Nie wiem
- Jeżeli tak, to kiedy?
9. **Choroby wątroby** (żółtaczkę, zastój, stłuszczenie, marskość) Tak Nie Nie wiem
- Jeżeli tak, to kiedy?
10. **Choroby skóry** Tak Nie Nie wiem
- Jeżeli tak jakie, to kiedy?
1. **Choroby układu moczowego** (kamica, zapalenie nerek, trudności w oddawaniu moczu, wady wrodzone) Tak Nie Nie wiem
11. **Cukrzyca** Tak Nie Nie wiem
- Jeżeli tak, to od kiedy i jak leczona?.....
12. Czy w ostatnim czasie traci Pan(i) **wagę** mimo normalnego apetytu? Tak Nie Nie wiem
13. **Choroby tarczycy** (niedoczynność, nadczynność, wole obojętne) Tak Nie Nie wiem
- Jeżeli tak, to kiedy?
14. **Choroby oczu** (np. jaskra, wady wzroku, zaćma, szkła kontaktowe) Tak Nie Nie wiem
15. **Choroby neurologiczne** (drgawki, porażenia, niedowłady, udary) Tak Nie Nie wiem

- Jeżeli tak, to kiedy?
16. **Zmiany nastroju** (np. depresja, nerwice, nocne lęki) Tak Nie Nie wiem
- Jeżeli tak, to kiedy?
17. **Choroby kostno-mięśniowe** (np. bóle korzonkowe, bóle i osłabienia mięśniowe, zmiany zwyrodnieniowe stawów i/lub kręgosłupa) Tak Nie Nie wiem
- Jeżeli tak, to kiedy?
18. **Choroby krwi i układu krzepnięcia** (niedokrwistość, skłonność do siniaków, hemofilia, wzmożone krwawienie po niewielkich urazach) Tak Nie Nie wiem
19. **Choroby układu odpornościowego**
- czy zaliczył(a)by Pan(i) siebie do grupy zwiększonego ryzyka odnośnie zakażenia wirusem HIV Tak Nie Nie wiem
 - nosicielstwo HIV Tak Nie Nie wiem
 - AIDS Tak Nie Nie wiem
20. **Inne schorzenia** nie wymienione powyżej Tak Nie Nie wiem
- Jeśli tak, to jakie?.....
21. Czy pracuje (pracował(a) Pan(i) w warunkach narażenia na **szkodliwe dla zdrowia czynniki** (np. promieniowanie rtg)?
- Jeśli tak, to jakie?.....
22. **Czy obecnie przyjmuje pan(i) leki?** Tak Nie Nie wiem
- Jeśli tak, to jakie?.....
2. **Dotyczy kobiet**
- czy jest Pani w ciąży Tak Nie Nie wiem
- Jeśli tak, to który miesiąc?
- czy przyjmuje Pani pigułki antykoncepcyjne? Tak Nie
 - ostatnia miesiączka, kiedy?
 - czy Pani karmi piersią? Tak Nie
23. Czy **pali** Pan(i) (papierosy, fajkę, cygara, żuje tytoń)? Tak Nie
- Jeśli tak, to od ilu lat?.....
- Jeśli tak, to ile sztuk dziennie?.....
24. Czy **pije pan(i) alkohol?** nie rzadko niewiele regularnie regularnie dużo
25. Czy przyjmuje Pan(i) narkotyki? Tak Nie
- Jeśli tak, to jakie?.....
- Jeśli tak, to od kiedy?.....
26. Czy zażywa pan(i) **leki na uspokojenie lub nasenne?** Tak Nie Nie wiem

Jeśli tak, to jakie i jak często?.....

27. Czy był(a) Pan(i) **leczony(a) steroidami**? Tak Nie Nie wiem

Jeśli tak, to jakimi?.....

Jeśli tak, to od kiedy?.....

28. **Czy jest pan(i) na czczo** (ostatni posiłek > 7 godzin temu) Tak Nie Nie wiem

OŚWIADCZENIE PACJENTA I ZGODA NA ZNIECZULENIA

Dr. przeprowadził ze mną dzisiaj rozmowę wyjaśniającą problem znieczulenia do operacji. Zostałem poinformowany(a) o tym, że znieczulenie ogólne może być przyczyną przejściowych dolegliwości, takich jak: podrażnienie żył w miejscu umieszczenia kaniuli żyłnej (wenflonu) i wstrzykiwania leków, ból gardła, ból i zawroty głowy, nudności, wymioty i szum w uszach, niemiaraowa czynność serca, osłabienie siły mięśniowej oraz bólu mięśni nawet przez kilka dni po zabiegu i inne. Mogłem(am) zapytać o wszystkie interesujące mnie problemy dotyczące rodzajów znieczulenia, związanego z nim ryzyka oraz innych okoliczności przed-, śród- i pozabiegowych. Zostałem(am) również poinformowany(a) o bezwzględnym zakazie spożywania wszelkich posiłków pokarmów i płynów przynajmniej na sześć godzin przed zabiegiem. Nie mam więcej pytań. Prawdziwość powyższego potwierdzam własnoręcznym poniższym podpisem.

Niniejszym wyrażam zgodę na znieczulenie do zabiegu, jak również na towarzyszące temu postępowanie (infuzje leków i płynów, transfuzje preparatów krwi, leczenie krążeniowe i oddechowe) w czasie: przed, podczas i po zabiegu – **jeżeli będzie to konieczne ze wskazań medycznych**. Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego (w tym zmianę rodzaju znieczulenia).

Lekarz anestezjolog

Pacjent

.....
Podpis i pieczętka

.....
Podpis pacjenta (czytelny)