KARTA PREMEDYKACYJNA

SP ZOZ OBORNIKI - BLOK OPERACYJNY

SALA NR

DATA KONSULTACJI	DATA ZNIECZULENIA	DATA PRZYJĘCIA DO SZPITALA	NR HISTORII CHOROBY
CHIRURGIA ☐	ORTOPEDIA ☐	GINEKOLOGIA ☐	UROLOGIA ☐

Imię	Nazwisko	Wiek

ROZPOZNANIE KLINICZNE

PLANOWANA OPERACJA

WYWIAD: PRZEBYTE OPERACJE, RODZAJ ZNIECZULENIA, POWIKŁANIA

CHOROBY UKŁADU KRĄŻENIA	NYHA	
	TOLERANCJA WYSIŁKU:	DOBRA ZŁA
CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO		NIE
CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO I MIĘŚNI		NIE
CUKRZYCA Typ I Typ II		NIE
SCHORZENIA TARCZYCY		NIE
SCHORZENIA NEREK		NIE
SCHORZENIA WĄTROBY		NIE
SCHORZENIA ALERGICZNE		NIE
SCHORZENIA NA LEKI		NIE
INNE SCHORZENIA		
UŻYWKI: TYTOŃ ALKOHOL INNE		NIE

BADANIA: ODCHYLENIA W BADANIU FIZYKALNYM

PRZYTOMNY ☐	NIEPRZYTOMNY ☐	GCS
STAN FIZYCZNY DOBRY ☐	WYNISZCZONY ☐	OTYŁOŚĆ ☐

BADANIA LABORATORYJNE: GRUPA KRWI: Rh:

WBC	Hb	Ht	PŁYTKI	Na^+	K^+
KREATYNINA	GLUKOZA		BIAŁKO	INNE:	
EKG:					
RTG:					
HBS		HCV		INNE:	
RR	MASA CIAŁA		WZROST	TEMP. CIAŁA	

Zakwalifikowany do zabiegu operacyjnego w trybie:
Planowym Pilnym Ratującym życie

ASA I II III IV V E

Przewidywane trudności w intubacji: TAK NIE

Protezy wyjmowane Zęby ruchowe
Protezy stałe Inne

Niniejszym wyrażam zgodę na znieczulenie: ogólne przewodowe sedację analgosedację

Do planowanego zabiegu operacyjnego jak również na towarzyszące temu postępowanie (infuzje, transfuzje, leczenie krążeniowe, oddechowe) w czasie i po zabiegu zgadzam się na uzasadnione medyczne zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego, w tym zmianę rodzaju znieczulenia.

Anestezjolog konsultujący

podpis chorego (lub prawnego opiekuna)

ZNIECZULENIE:

Rodzaj znieczulenia			Ułożenie		
Wentylacja (oddech)	Własny	Manualny	Mechaniczny	Pochłaniacz	TAK
Intubacja TAK	Średnica	Zbrojona	Maska Krtaniowa	TAK Rozmiar	Tracheotomia TAK
Metoda	System		Aparat		
Dostępny I.V.	Ilość		Inne		
Centralne	Szyjna wewnętrzna L P		Podobojczykowa L P		Udowa L P
Obwodowe	Dół łokciowy L P	Przedramię L P	Dłoń L P		Szyjna zewn. L P
Pielęgniarka			Anestezjolog		
Operator					

PROTOKÓŁ PRZEKAZANIA OPIEKI NAD PACJENTEM PO ZNIECZULENIU I OPERACJI:

POTWIERDZAM PRZYJĘCIE O GODZINIE		AKTYWNOŚĆ RUCHOWA	PORUSZA 4 KOŃCZYNAMI SAMOISTNIE LUB NA ŻĄDANIE PORUSZA 2 KOŃCZYNAMI SAMOISTNIE LUB NA ŻĄDANIE NIE PORUSZA KOŃCZYNAMI SAMOISTNIE LUB NA ŻĄDANIE	2 1 0
LICZBA PUNKTÓW WEDŁUG PONIŻSZEJ SKALI W CHWILI PRZYJĘCIA WYNOSI:		ODDECH	W PEŁNI WYDOLNY NIEREGULARNY, NIE W PEŁNI WYDOLNY BEZDECH	2 1 0
PODPIS LEKARZA LUB PIELĘGNIARKI PRZEJMUJĄCEGO (PRZEJMUJĄCEJ) OPIEKI:		KRĄŻENIE	CIŚNIENIE +/- 20% WARTOŚCI SPRZED ZNIECZULENIA CIŚNIENIE +/- 20-50% WARTOŚCI SPRZED ZNIECZULENIA CIŚNIENIE +/- 50% WARTOŚCI SPRZED ZNIECZULENIA	2 1 0
MAKSIMUM 10 PKT, MINIMUM 0 PKT.		STAN ŚWIADOMOŚCI	W PEŁNI WYDOLNY PODSYPIAJĄCY, REAGUJĄCY NA GŁOS BEZ REAKCJI	2 1 0
CHORY MOŻE BYĆ ODESŁANY DO ODDZIAŁU MACIERZYSTEGO Z 9-10 PKT, SALI WYBUDZEŃ Z 7-8 PKT, ORAZ W WYJĄTKOWYCH PRZYPADKACH DO SALI INTENSYWNEGO NADZORU POOPERACYJNEGO W ODDZIALE MACIERZYSTYM < 7 PKT.		SpO_2	>92% PRZY ODDYCHANIU POWIETRZEM >90% PRZY STOSOWANIU TLENOTERAPII <90% PRZY STOSOWANIU TLENOTERAPII	2 1 0

