5

SP ZOZ Oborniki, Ul.Szpitalna2, OAiIT

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

imię i nazwisko .....

pesel .....

Oddział .....

Rodzaj zabiegu operacyjnego .....

tryb zabiegu : PLANOWY * PILNY* RATUJĄCY ŻYCIE*
(* zaznaczyć właściwe)

Szanowna Pacjentko, Szanowny Pacjencie,
Przeprowadzenie zabiegu operacyjnego wymaga wyłączenia odczuwania bólu (znieczulenia).
Za wybór najbardziej odpowiedniej metody znieczulenia, jego przeprowadzenie oraz nadzór nad czynnością organizmu pacjenta podczas znieczulenia i operacji (m.in. nad krążeniem, oddychaniem) odpowiedzialny jest lekarz specjalista anestezjolog.

PYTANIA DO PACJENTA

Odpowiedzi na poniższe pytania pomogą wykryć możliwe ryzyko i zadbać o maksymalne Państwa bezpieczeństwo podczas znieczulenia.

1.Czy leczy się Pan(i) stale lub w ciągu ostatnich kilku tygodni? Tak □ Nie □

2. Jeśli Tak, to z jakiego powodu .....

.....

3.Jakie leki Pan(i) przyjmuje na stałe .....

.....

Czy w ciągu ostatnich tygodni przyjmował(a) Pan(i) leki osłabiające krzepnięcie krwi? Jeśli tak, proszę wymienić jakie .....

4.Czy był(a) Pan(i) operowana: (Jeśli Tak, to proszę podać rok i rodzaj operacji) Tak □ Nie □

Rok..... Operacja.....

Rok..... Operacja.....

Rok..... Operacja.....

Rok..... Operacja.....

5.Czy dobrze zniósł Pan(i) znieczulenie? (jeśli Nie, to jakie były dolegliwości) Tak □ Nie □

.....

6.Czy miał(a) Pan(i) transfuzję krwi lub preparatów krwiopochodnych (osocze, płytki, czynniki krzepnięcia)? Tak □ Nie □

Jeśli Tak, czy wystąpiły powikłania : .....

.....

CZY WYSTĘPUJĄ (WYSTĘPOWAŁY) U PANA(I) NASTĘPUJĄCE CHOROBY LUB OBJAWY?

7.Serce/Krążenie:

- Nadciśnienie/ Niedociśnienie, Choroba wieńcowa, Zawał serca, Zaburzenia rytmu Tak □ Nie □

- Wada serca, Zapalenie mięśnia serca, Duszność, ból za mostkiem przy wysiłku (np. przy wchodzeniu po schodach) Tak □ Nie □

8.Naczynia krwionośne:

Bóle łydek przy chodzeniu, żylaki, zapalenie żył /zakrzepica, owrzodzenie Tak □ Nie □

9.Płuca/Drogi oddechowe:

Zapalenie płuc / oskrzeli, Gruźlica, Astma, Tak □ Nie □

Odma opłucnowa, Rozedma, Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc, Nowotwór Tak □ Nie □

10.Przewód pokarmowy:

choroba wrzodowa, zwężenie odźwiernika, Tak □ Nie □

zgaga, choroba refleksowa, Tak □ Nie □

11.Wątroba: zapalenie, żółtaczka, kamica dróg żółciowych/pęcherzyka, marskość wątroby Tak □ Nie □

12.Nerki: zapalenie, kamica, dializy Tak □ Nie □

13.Choroby przemiany materii: cukrzyca, dna moczanowa Tak □ Nie □

14.Tarczyca: wole, nadczynność, niedoczynność Tak □ Nie □

15.Choroby nerwów/ psychiczne: Padaczka, Porażenie, niedowład, depresja, częste bóle głowy, utrata przytomności Tak □ Nie □

16.Oczy:zaćma, jaskra, soczewki kontaktowe

17.Układ kostno-stawowy: zwyrodnienie, bóle kręgosłupa, dyskopatia Tak □ Nie □

18.Krew: zaburzenia krzepnięcia, skłonność do siniaków, krwawienia z nosa Tak □ Nie □

19.Mięśnie:osłabienie mięsni, miastenia, schorzenia mięśniowe (także u krewnych) Tak □ Nie □

20.Uczulenia na pokarm, leki, plaster, Jod, katar sienny, Tak □ Nie □ **inne**

.....

21.Inne choroby, urazy, przypadki zgonów w czasie operacji u krewnych(jakie?)

.....

22.(do Pacjentek) Czy jest Pani w ciąży? Nie wiem □ Tak □ Nie □

23.Chwiejące się zęby, próchnica, paradontoza Tak □ Nie □

Protezy, mosty, koronki Tak □ Nie □

Stan uzębienia (wypełnia lekarz)

.....

.....

.....

podpis i pieczątka

24.Czy pali Pan(i) papierosy? Tak □ Nie □

Jeśli tak, jak dużo .....dziennie.

Jeśli nie to od kiedy .....

OŚWIADCZENIE PACJENTA/OPIEKUNA-PRZEDSTAWICIELA PRAWNEGO

□ Przeczytałem i zrozumiałem treść broszury wyjaśniającej.

□ Na pytania dotyczące mojego stanu zdrowia i przeszłości chorobowej odpowiedziałem zgodnie z moją najlepszą wiedzą. Zobowiązuję się do przestrzegania udzielonych zaleceń.

Dr: ..... przeprowadził(-a) ze mną dzisiaj rozmowę wyjaśniającą problemy znieczulenia do operacji. Podczas tej rozmowy mogłem w sposób nieskrępowany zapytać o wszystkie interesujące mnie problemy nt. znieczulenia

(możliwych do zastosowania metod, ich zalet i wad oraz związanego z tym ryzyka, przygotowania, przebiegu znieczulenia i okresu pooperacyjnego, koniecznych dodatkowych zabiegów jak transfuzje krwi, założenie cewników naczyniowych oraz na związane z nim

niezbędne postępowanie (kroplówki, transfuzje krwi i / preparatów krwiopochodnych, leczenie krążeniowe i oddechowe) podczas i po operacji. Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub poszerzenie postępowania anestezjoogicznego (także zmianę rodzaju znieczulenia) Nie mam więcej żadnych pytań. W pełni świadomy zrozumiałem wszystkie przekazane mi informacje.

ZGODA NA ZNIECZULENIE

Niniejszym wyrażam zgodę na znieczulenie:

....

data czytelny podpis pacjenta

KONSULTACJA ANESTEZJOLOGICZNA

Na podstawie badania przedmiotowego, podmiotowego oraz badań dodatkowych pacjenta :

KWALIFIKUJĘ	NIE KWALIFIKUJĘ	KWALIFIKUJĘ WARUNKWO

do znieczulenia

OGÓLNEGO	PODPAJĘCZYNÓWKOWEGO	KAŻDEGO

*zakreślić właściwe

SKALA ASA .....

ZALECENIA

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Data

.....
pieczęć i podpis konsultującego anestezjologa

REKONSULTACJA

KWALIFIKUJĘ	NIE KWALIFIKUJĘ	KWALIFIKUJĘ WARUNKWO

do znieczulenia

OGÓLNEGO	PODPAJĘCZYNÓWKOWEGO	KAŻDEGO

ZALECENIA

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
data

.....
pieczęć i podpis konsultującego anestezjologa