***SP ZOZ MSWiA w Krakowie***

***Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii***

***PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA***

***Zadaniem anestezjologa*** *jest zapewnienie największego bezpieczeństwa i komfortu pacjentowi podczas zabiegów operacyjnych lub diagnostycznych.* ***Anestezjolog*** *troszczy się o zniesienie bólu przez podanie leków znieczulających lub uśpienie pacjenta.*

*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 jest bezpieczną procedurą wykonywaną powszechnie.* ***Rolą anestezjologa*** *jest także natychmiastowe leczenie występujących podczas zabiegów powikłań.*

*Prosimy Państwa o odpowiedzi na zadane na odwrocie niniejszej karty pytania. Wszystkie niejasności prosimy poruszyć podczas rozmowy z anestezjologiem i w jego obecności podpisać zgodę na znieczulenie.*

***DANE OSOBOWE:***

***Imię:****…….………………………………..……* ***Nazwisko:****…………..……………………….…………………*

***Data urodzenia:****……………….………….*

***BADANIE ANESTEZJOLOGICZNE***

*(wypełnia anestezjolog)*

***Rodzaj zabiegu operacyjnego:…………………………………………………………………………………………….***

***Rodzaj znieczulenia proponowanego choremu :***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *ogólne z intubacją* |  | *ogólne maska krtaniowa* |  |
| *podpajęczynówkowe* |  | *podpajęczynówkowe + zewnątrzoponowe* |  |
| *zewnątrzoponowe* |  | *blok splotu ramiennego* |  |
| *odcinkowe dożylne* |  | *ogólne szczelna maska* |  |
| *kroplowe do worka spojówkowego* |  | *analgosedacja* |  |

***Ryzyko operacyjne:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Ryzyko infekcji* | ***Tak*** | ***Nie*** |
| *Ryzyko zaburzeń rytmu serca* | ***Tak*** | ***Nie*** |
| *Ryzyko krwawienia* | ***Tak*** | ***Nie*** |
| *Ryzyko zakrzepicy żył głębokich* | ***Tak*** | ***Nie*** |

***ASA ………………….. Ocena trudności intubacji ( Malampati ) …………………………………………….…***

***Inne problemy/odchylenia w wynikach badań:……………………………………..............................***

***UWAGA………………………………………………………………………………………………………………………………***

***Premedykacja: …………………………………………………………………………………………………………………..***

***Antybiotyk******………………………………………………………INNE…………………………………………………...…..***

***PROSZĘ PRZECZYTAĆ PONIŻSZE PYTANIA I ZAKREŚLIĆ STOSOWNĄ ODPOWIEDŹ OBWÓDKĄ***

***Wypełnia pacjent***

***Imię i nazwisko****:……………………………………………………………….…………………*

***Wzrost:****……………………….* ***Waga:****………………….*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Czy był(a) już Pan(-i) operowany(a)? Kiedy?:………………………………….……  ………………………………………………………………………………………………………….  Rodzaj zabiegu: ………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………. | ***tak*** | ***nie*** | ***nie wiem*** |
| Czy dobrze Pan(i) zniósł znieczulenie? ……………………………………………….. | ***tak*** | ***nie*** | ***nie wiem*** |
| Czy miał(a) Pan(i) kiedykolwiek transfuzję krwi? Kiedy?……………………… | ***tak*** | ***nie*** | ***nie wiem*** |
| Czy dobrze zniósł(a) pan(i) tę transfuzję?............................................... | ***tak*** | ***nie*** | ***nie wiem*** |
| **Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na:** |  |  |  |
| -serce: **zawał**, **choroba niedokrwienna**, 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: **żółtaczka**, stłuszczenie, marskość…………………………………….. | ***tak*** | ***nie*** | ***nie wiem*** |
| -zapalenie nerek, kamica, trudności w oddawaniu moczu…………………… | ***tak*** | ***nie*** | ***nie wiem*** |
| **-cukrzycę**, dnę moczanową, porfirię…………………………………………………... | ***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*** |
| -zmiany nastroju: depresja, nerwica…………………………………………………... | ***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 sienny, inne…………………………………………. | ***tak*** | ***nie*** | ***nie wiem*** |
| -czy ma Pan(i) **żylaki na nogach** ………………………………………………………… | ***tak*** | ***nie*** | ***nie wiem*** |
|  |  |  |  |
| Czy pali Pan(i) papierosy? **Jeśli tak to ile?**............................................ | ***tak*** | ***nie*** |  |
| Czy jest Pani w **ciąży?**....................................................................... | ***tak*** | ***nie*** | ***nie wiem*** |
| Czy ma Pan(i) wyjmowane **protezy** zębowe?........................................ | ***tak*** | ***nie*** |  |
| Czy pije Pan(i) alkohol? **Jeśli tak to ile?**................................................. | ***tak*** | ***nie*** |  |
| Czy nosi Pan(i) szkła kontaktowe?...................................................... | ***tak*** | ***nie*** |  |

**Na które piętro wyjdzie Pan (i) bez zadyszki** ?………………………………………………………………………..

Inne schorzenia:………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Czy zażywa Pan(i) środki nasenne? Jeśli tak to jakie?..................................................................

Jakie leki przyjmuje Pan(i) obecnie?:…………………........................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………..……………

…………………………………………….

Podpis pacjenta

***Imię i nazwisko pacjenta:***

***ZGODA NA ZNIECZULENIE :***

*Oświadczam , że lek. ……………………………………………………… 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.*

***Wyrażam zgodę*** *na znieczulenie …………………………………………………….do zabiegu operacyjnego. Zgadzam się na towarzyszące zabiegowi postępowanie, tj. infuzję płynów, transfuzję krwi własnej i obcej, niezbędne leki podawane w czasie i po zabiegu. Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego, w tym zmianę rodzaju i zakresu znieczulenia.*

***Zgadzam się*** *na leczenie w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w stanach zagrożenia życia wymagających takiego leczenia, a nie dających się wcześniej przewidzieć, oraz na wszystkie związane z tym procedury w przypadku utraty przeze mnie świadomości.*

***UWAGI PACJENTA:………………………………………………………………………………………………………………***

***……………………………………………………………………………………………………………………………………………***

***Zgoda na znieczulenie- I zabieg***

***Podpis i pieczęć lekarza:……………………………… Podpis pacjenta:…………………………………….***

***Kraków, dn. ……………………..………………………………***

***Zgoda na znieczulenie- II zabieg***

***Podpis i pieczęć lekarza:……………………………… Podpis pacjenta:…………………………………….***

***Kraków, dn. ……………………..………………………………***

***Zgoda na znieczulenie- III zabieg***

***Podpis i pieczęć lekarza:……………………………… Podpis pacjenta:…………………………………….***

***Kraków, dn. ……………………..……………………………….***

***Nie wyrażam zgody na znieczulenie ……………………………………………………***

***Zostałem poinformowany o konsekwencjach z tym związanych.***

***Podpis i pieczęć lekarza:……………………………… Podpis pacjenta:…………………………………….***

***Kraków, dn. ……………………..……………………………….***