



Imię i nazwisko:

PESEL:

INFORMACJE DLA PACJENTA/PACJENTKI
ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA PRZEPROWADZENIE ZNIECZULENIA

Aby wykonać planowany u Pani/Pana zabieg operacyjny konieczne jest znieczulenie. Lekarz anestezjolog zaproponuje Pani/Panu najkorzystniejszy rodzaj znieczulenia oraz przedstawi alternatywy. Możliwe rodzaje znieczulenia:

1. Znieczulenie ogólne,
2. Blokada centralna, czyli znieczulenie podpajęczynówkowe lub zewnątrzoponowe,
3. Blokada splotów i/lub nerwów obwodowych,
4. Analgosedacja.

Możliwe, a czasami konieczne jest połączenie ze sobą kilku rodzajów znieczulenia.

Znieczulenie wykonuje oraz nadzoruje lekarz anestezjolog. W trakcie operacji monitorowane są czynności życiowe pacjenta, w zakresie zależnym od rodzaju zabiegu i znieczulenia. Mimo to znieczulenie, jak każda procedura medyczna, może wiązać się z wystąpieniem powikłań. Większość potencjalnych powikłań ma charakter lekkich i przemijających dolegliwości, niepozostawiających trwałego uszczerbku na zdrowiu pacjenta. Bardzo rzadko występują ciężkie, zagrażające życiu lub zdrowiu powikłania. Powikłania charakterystyczne dla danego rodzaju znieczulenia, wymieniane w literaturze, zostały przedstawione poniżej.

Znieczulenie ogólne:

Znieczulenie ogólne oznacza kontrolowane i odwracalne zniesienie stanu przytomności i odczuwania bólu. Pacjent znajduje się w stanie, który można porównać z bardzo głębokim snem. Stan taki uzyskuje się dzięki podaniu leków dożylnych lub wziewnych. Często w trakcie znieczulenia ogólnego konieczne jest zwiotczenie mięśni. W większości przeprowadzanych znieczuleń ogólnych chory nie oddycha sam, w czasie snu zakładana jest rurka intubacyjna do tchawicy lub maska krtaniowa do gardła, a oddech generuje urządzenie zwane respiratorem. Znieczulenie ogólne może być połączone z innymi rodzajami znieczulenia.

Powikłania znieczulenia ogólnego:

Najczęstsze, ale niezbyt groźne i w większości przemijające:

Senność, nudności, wymioty, ból gardła, trudności w przełykaniu, trudności w oddychaniu, chrypka, kaszel, uszkodzenie strun głosowych, uszkodzenie zębów, warg, języka, jamy ustnej, tchawicy, uszkodzenie rogówki oka, niewyraźne widzenie,

Ciężkie i potencjalnie zagrażające życiu, ale rzadkie:

nietypowe reakcje na leki anestezjologiczne, reakcja anafilaktyczna (uczuleniowa), wstrząs anafilaktyczny, aspiracja treści pokarmowej do płuc i w następstwie ciężka niewydolność oddechowa i zapalenie płuc, śródoperacyjne odzyskanie świadomości (wybudzenie śródoperacyjne), zator powietrzny, zator w naczyniu, gorączka złośliwa, niedotlenienie i trwałe uszkodzenie mózgu, zatrzymanie krążenia krwi, inne rzadkie powikłania, zgon.

Ryzyko tego rodzaju powikłań jest wyższe w przypadku pacjentów obciążonych poważnymi schorzeniami ogólnymi.

Blokada centralna, czyli znieczulenie podpajęczynówkowe lub zewnątrzoponowe: (wykonywane w pozycji siedzącej lub na boku, z wygiętymi plecami)

Znieczulenie podpajęczynówkowe: lek znieczulenia miejscowego podawany jest pomiędzy kręgami kręgosłupa, bezpośrednio do płynu mózgowo-rdzeniowego. Powoduje to przejściowe zablokowanie funkcji nerwów, dając całkowite zniesienie czucia bólu i osłabienie lub całkowitą utratę siły mięśniowej dolnej połowy ciała. Znieczulenie podpajęczynówkowe wykonywane jest specjalnymi, cienkimi igłami, najczęściej w odcinku lędźwiowym kręgosłupa. Czas trwania znieczulenia wynosi zazwyczaj ok 2-4 godziny, a po 6 – 8 godzinach powinno ono całkowicie ustąpić.

Znieczulenie zewnątrzoponowe: lek znieczulenia miejscowego podawany jest pomiędzy kręgami kręgosłupa do przestrzeni zewnątrzoponowej kanału kręgowego. Zazwyczaj w przestrzeni tej umieszcza się cienki cewnik umożliwiający podawanie kolejnych dawek leków. W zależności od dawek leków znieczulenia miejscowego można uzyskać tylko zmniejszenie odczuwania bólu lub pełną blokadę nerwów łącznie z przejściową utratą siły mięśniowej. Znieczulenie zewnątrzoponowe może być wykorzystane do przeprowadzenia zabiegu operacyjnego lub może być uzupełnieniem znieczulenia ogólnego i służyć leczeniu bólu w trakcie i po zabiegu.

W trakcie zabiegów wyłącznie w znieczuleniu podpajęczynówkowym lub zewnątrzoponowym chory zachowuje przytomność, jednak dla jego komfortu mogą zostać podane leki, po których chory zapada w sen z zachowanym oddechem własnym, z którego można go w każdej chwili wybudzić.

Powikłania blokady centralnej:

*właściwe zakreślić

Imię i nazwisko:

PESEL:

Najczęstsze, ale niezbyt groźne i przemijające:

bóle głowy, nudności i wymioty, trudności z oddawaniem moczu, bóle okolicy lędźwiowej, okresowy spadek ciśnienia tętniczego krwi.

Ciężkie i potencjalnie zagrażające życiu, ale rzadkie:

nietypowe reakcje na leki, reakcja anafilaktyczna (uczuleniowa), wstrząs anafilaktyczny, zakażenie w miejscu wkłucia lub zakażenie centralnego układu nerwowego, krwiak lub ropień kanału kręgowego, trwałe

uszkodzenia nerwów, w tym niedowład kończyn, zatrzymanie krążenia krwi, inne rzadkie powikłania, zgon. Najcięższe powikłania neurologiczne występują bardzo rzadko.

Blokada splotów i/lub nerwów obwodowych:

Ta metoda znieczulenia polega na podaniu leku znieczulenia miejscowego w okolicę splotów nerwowych lub nerwów obwodowych. W wyniku tego dochodzi do przejściowej utraty odczuwania bólu, temperatury oraz zazwyczaj także ograniczenia lub całkowitego zablokowania możliwości ruchu w regionie ciała, w którym ma być wykonana operacja. Czas działania powszechnie stosowanych leków jest różnie długi, zwykle pełne działanie trwa do 4 godzin.

Powikłania blokady splotów lub nerwów obwodowych:

Najczęstsze, ale niezbyt groźne i przemijające:

przejściowe podrażnienie nerwów objawiające się zaburzeniami czucia, mrowieniem lub osłabieniem kończyn, krwiak okolicy wkłucia,

Ciężkie i potencjalnie zagrażające życiu, ale rzadkie:

nietypowe reakcje na leki, reakcja anafilaktyczna (uczuleniowa), wstrząs anafilaktyczny, trwałe uszkodzenie nerwów, odma opłucnowa, zatrzymanie krążenia krwi, inne rzadkie powikłania, zgon. Najcięższe powikłania przy blokadach splotów i nerwów obwodowych występują bardzo rzadko, znacznie rzadziej niż przy znieczuleniu ogólnym czy blokadach centralnych.

Analgesedacja

Polega na podaniu pacjentowi dożylnie leków uspokajających, nasennych i przeciwbólowych. Zazwyczaj pacjent oddycha sam, czasem oddech jest wspomagany przez anestezjologa, jednak najczęściej nie ma konieczności intubacji. Analgesedacja często jest stosowana w połączeniu z blokadą centralną, blokadą nerwów obwodowych lub jako samodzielna metoda (często w połączeniu z innymi formami znieczulenia miejscowego).

Powikłania analgesedacji: Senność, nudności, wymioty, nietypowe reakcje na leki anestezjologiczne, reakcja anafilaktyczna (uczuleniowa), wstrząs anafilaktyczny, niedotlenienie organizmu związane z trudnościami w wentylacji, aspiracja treści pokarmowej do płuc i w następstwie ciężka niewydolność oddechowa i zapalenie płuc, zatrzymanie krążenia krwi, inne rzadkie powikłania, zgon. Najcięższe powikłania analgesedacji występują znacznie rzadziej niż w przypadku znieczulenia ogólnego.

Dodatkowe procedury podczas znieczulenia: Do niektórych rodzajów zabiegów konieczne jest założenie dodatkowych elementów monitorowania, kaniul dożylnych, kaniul dotętnicznych, cewnika do pęcherza moczowego lub sondy do żołądka. Zazwyczaj odbywa się to już po zaśnieściu chorego. Wyrażenie zgody na znieczulenie jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na powyższe czynności.

Kaniulacja żyły lub tętnicy: Niezależnie od rodzaju znieczulenia, aby podczas jego trwania można było podawać Pani/Panu leki i płyny, niezbędne jest wprowadzenie (wkłucie) kaniuli (wenflonu) do żyły obwodowej (najczęściej na dłoni lub przedramieniu). Ukłucie jest nieprzyjemne, ale z reguły trwa bardzo krótko. W szczególnych sytuacjach konieczne może być wprowadzenie kaniuli również do tętnicy i/lub żyły centralnej.

Przygotowanie do znieczulenia:

NALEŻY BEZWZGLĘDNIIE ZASTOSOWAĆ SIĘ DO POLECEŃ PERSONELU MEDYCZNEGO.

Przed wykonaniem znieczulenia pacjent musi pozostawać na czczo. Oznacza to, że nie wolno spożywać jakichkolwiek pokarmów i płynów przez co najmniej 6 godzin. Przed niektórymi rodzajami zabiegów operacyjnych należy być na czczo przez dłuższy czas, o czym zostanie Pani/Pan poinformowany. Chorzy na stałe przyjmujący leki zostaną poinformowani o sposobie ich stosowania w okresie poprzedzającym znieczulenie. Nie należy samodzielnie podejmować decyzji o przerwaniu lub modyfikacji stosowania przewlekłe przyjmowanych leków. Należy usunąć soczewki kontaktowe, ruchome protezy zębowe, biżuterię, makijaż oraz zmyć lakier z paznokci. Po uzgodnieniu z personelem aparat słuchowy można wziąć ze sobą na Blok Operacyjny w celu lepszej komunikacji.

Niezastosowanie się do powyższych zaleceń może w istotny sposób zwiększyć ryzyko związane ze znieczuleniem oraz może stanowić zagrożenie dla życia i zdrowia pacjenta.

PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Prosimy o uważne wypełnienie poniższej ankiety, która będzie pomocna w wyborze optymalnego rodzaju znieczulenia.

W razie wątpliwości prosimy o zadawanie pytań.

Podczas rozmowy z lekarzem anestezjologiem prosimy o podpisanie zgody na znieczulenie.

<p>Imię i nazwisko:</p> <p>PESEL:</p>	WZROST:	WAGA:
---	---------	-------

Czy leczy się Pan(i) przewlekle, jeśli tak to na co?

.....

.....

Jakie leki obecnie Pan(i) przyjmuje?

.....

.....

Uczulenia (uczulenie na leki, katar sienny, wysypka, plaster, jodynę, lateks, środki dezynfekcyjne, inne). Jeśli tak, to na co?

.....

Przebyte operacje:

- a)..... rok rodzaj znieczulenia
- b)..... rok rodzaj znieczulenia
- c)..... rok rodzaj znieczulenia
- d)..... rok rodzaj znieczulenia

Czy dobrze zniósł Pan(i) znieczulenie?	<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> NIE WIEM
Czy miał Pan(i) przetaczaną krew?		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> NIE WIEM
Czy w Pana(i) rodzinie wystąpiły powikłania związane ze znieczuleniem?		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> NIE WIEM

Właściwe zaznaczyć (jeśli TAK, podkreślić nazwę choroby):

Choroby serca (zawał, zapalenie, niedokrwienie serca, wada serca), materiały wszczepione, (stenty, zastawki, rozrusznik, kardiowerter-defibrylator, inne)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> NIE WIEM
Choroby krążenia (ciśnienie krwi - wysokie, niskie, omdlenia, zmęczenie, duszność, inne)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> NIE WIEM
Choroby naczyń (żylaki, bóle łydek przy chodzeniu, złe ukrwienie kończyn, zapalenie żył, materiały wszczepione - stenty, porty naczyniowe, inne)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> NIE WIEM
Choroby płuc i dróg oddechowych (gruźlica, astma, obturacyjne choroby płuc, częste zapalenia oskrzeli lub płuc, inne); COVID 19 - jeśli tak to kiedy?.....	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> NIE WIEM
Choroby żołądka (zapalenie, choroba wrzodowa, refluks żołądkowo-przłykowy i inne)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> NIE WIEM

Imię i nazwisko:

PESEL:

Choroby wątroby i dróg żółciowych (żółtaczką, stłuszczenie, marskość wątroby, kamica pęcherzyka żółciowego, inne)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> NIE WIEM
Choroby układu moczowego (niewydolność nerek, kamica, trudności w oddawaniu moczu, inne)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> NIE WIEM
Choroby przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa, inne)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> NIE WIEM
Choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, inne)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> NIE WIEM
Choroby oczu (jaskra, zaćma, inne)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> NIE WIEM
Choroby neurologiczne (częste utraty przytomności, padaczka, porażenia, drgawki, przebyty udar mózgu, inne)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> NIE WIEM
Zmiany nastroju (depresja, nerwica, inne)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> NIE WIEM
Choroby układu ruchu (ból korzonkowy, choroba zwyrodnieniowa stawów, kręgosłupa, schorzenia mięśni, inne)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> NIE WIEM
Choroby krwi i krzepnięcia (hemofilia, skłonność do krwawień i siniaków, inne), stosowane leczenie przeciwzakrzepowe	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> NIE WIEM
Inne choroby nie wymienione powyżej:			

Czy nosi Pan(i):								
Protezy zębowe:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Soczewki kontaktowe:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Aparat słuchowy:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Czy pije Pan(i) alkohol?	<input type="checkbox"/> TAK, REGULARNIE	<input type="checkbox"/> TAK, OKAZJONALNIE	<input type="checkbox"/> NIE
Czy pali Pan(i) papierosy?	<input type="checkbox"/> TAK (ile i od kiedy)		
	<input type="checkbox"/> NIE (ew. od kiedy Pan/i nie pali)		
Czy zażywa Pan(i) środki nasenne, uspokajające, przeciwdepresyjne:	<input type="checkbox"/> TAK, jakie:		
	<input type="checkbox"/> NIE		

Dla kobiet:			
Stosowanie leków hormonalnych (antykontracepcja, hormonalna terapia zastępcza)		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy jest Pani w ciąży?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę?.....

.....
Data i podpis Pacjenta

Imię i nazwisko:

PESEL:

ZGODA NA ZNIECZULENIE

Oświadczam, że:

Lekarz (imię i nazwisko):

Przeprowadził ze mną rozmowę, w której po zapoznaniu się z ogólnym stanem mojego zdrowia, uzyskaniu informacji w zakresie stosowanych przeze mnie leków, używek zaproponował mi rodzaj znieczulenia:

- ogólne**
- blokada centralna**
- blokada splotów i/lub nerwów obwodowych**
- analgesodacja***

Oświadczam, że zapoznałam/em/ się z zawartymi powyżej informacjami na temat znieczulenia i rozumiem ryzyko związane ze znieczuleniem. Oświadczam, że lekarz przedstawił mi w sposób zrozumiały i wyczerpujący możliwe do zastosowania w moim przypadku metody znieczulenia oraz ich następstwa i powikłania, wyjaśnił mi również następstwa i rokowanie związane z niewyrażeniem zgody na proponowane postępowanie. Oświadczam, że lekarz wyjaśnił mi wszelkie wątpliwości, jakie miałem oraz że miałem pełną możliwość zadawania pytań i czas na podjęcie decyzji. Rozumiem konieczność wykonania znieczulenia do planowanego u mnie zabiegu.

Rozumiem, że każdy rodzaj znieczulenia, pomimo dołożenia należytej staranności podczas jego wykonywania, niesie ze sobą ryzyko wystąpienia niewymienionych wyżej i niedających się przewidzieć powikłań.

Rozumiem, że zaproponowany mi sposób znieczulenia wybrano kierując się aktualną wiedzą medyczną oraz biorąc pod uwagę aktualny stan mojego zdrowia i rodzaj planowanego zabiegu operacyjnego.

Rozumiem, że mogą zaistnieć powody medyczne, jak i techniczne, które mogą zmusić lekarza przeprowadzającego znieczulenie do zmiany rodzaju znieczulenia zarówno przed udzielanym świadczeniem jak i w trakcie jego trwania, jak również do odstąpienia od znieczulenia. Rozumiem, że niekiedy przy zastosowaniu znieczuleń regionalnych efekt znieczulenia może być niewystarczający i może zająć konieczność zastosowania innego rodzaju znieczulenia, w tym znieczulenia ogólnego.

Rozumiem, że w uzasadnionych przypadkach może zająć konieczność zastosowania dodatkowych interwencji w postaci wprowadzenia kaniuli do tętnicy i/lub do żyły głównej, cewnikowania pęcherza moczowego, przetoczenia preparatów krwiopochodnych, kontynuacji sztucznej wentylacji po operacji oraz ewentualnego przyjęcia do Oddziału Intensywnej Terapii.

Wyrażam zgodę na proponowane znieczulenie:

Wyrażam zgodę na proponowane znieczulenie:	
I ZABIEG TAK* data i podpis Pacjenta	NIE* data i podpis Pacjenta
II ZABIEG TAK* data i podpis Pacjenta	NIE* data i podpis Pacjenta

Przyczyny niez uzyskania pisemnej zgody:

..... Data Pieczętka i podpis Lekarza
---------------	-------------------------------------

Imię i nazwisko:

PESEL:

KWALIFIKACJA

Rodzaj zabiegu:			
Data zabiegu:			
ASA:	SKALA MALLAMPATIEGO:		
GRUPA KRWI:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE WYMAGANA	<input type="checkbox"/> ZLECONA/DO SPRAWDZENIA
RTG klatki piersiowej:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE WYMAGANE	<input type="checkbox"/> ZLECONE/DO SPRAWDZENIA
Badania lab. do uzupełnienia:		
EKG	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> ZLECONE/DO SPRAWDZENIA	
Konsultacja :	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> DO WYKONANIA

OCENA RYZYKA:

Infekcji:	<input type="checkbox"/> MAŁE	<input type="checkbox"/> ŚREDNIE	<input type="checkbox"/> DUŻE
Zaburzeń rytmu serca:	<input type="checkbox"/> MAŁE	<input type="checkbox"/> ŚREDNIE	<input type="checkbox"/> DUŻE
Krwawienia:	<input type="checkbox"/> MAŁE	<input type="checkbox"/> ŚREDNIE	<input type="checkbox"/> DUŻE
Zakrzepicy żył głębokich:	<input type="checkbox"/> MAŁE	<input type="checkbox"/> ŚREDNIE	<input type="checkbox"/> DUŻE

PREMEDYKACJA:

Do podania w Sali Nadzoru Poznieczuleniowego: nazwa leku, dawka
--	----------------------------

UWAGI:
--------	----------------

.....
Pieczętka i podpis Lekarza