

**ANESTEZJOLOGICZNA ANKIETA PRZEDOPERACYJNA**Część I – wypełnia pacjent / przedstawiciel ustawy pacjenta

Imię i nazwisko pacjenta	PESEL

Wiek lat	Waga ..... kg	Wzrost ..... cm
----------	---------------	-----------------

**Czy choruje Pan/Pani na wymienione poniżej choroby ? Proszę zaznaczyć obwódką odpowiedź TAK lub NIE oraz w miarę możliwości konkretną chorobę lub dolegliwość.**

<b>CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	uwagi anestezyjologa
astma / przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP) / rozedma płuc / zapalenie oskrzeli / zapalenie płuc / zapalenie gardła / ból gardła / kaszel / katar / duszność / bezdech senny lub nasilone chrapanie / przebyta lub obecna gruźlica płuc Inne:.....			
<b>CHOROBY UKŁADU SERCOWO - NACZYNIOWEGO</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	
nadciśnienie tętnicze / choroba wieńcowa / bóle w klatce piersiowej / przebyty zawał serca / zaburzenia rytmu serca / wszczepiony stymulator lub kardiowerter serca / niewydolność serca / wada serca / żylaki kończyn dolnych / miażdżyca / zapalenie żył / przebyta lub obecna zakrzepica żył / przebyta zatorowość płucna (zator tętnicy płucnej) / tętniak Inne:.....			
<b>CHOROBY UKŁADU POKARMOWEGO</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	
refluks żołądkowo-przełykowy (zgaga, cofanie treści pokarmowej do przełyku) / choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy / marskość wątroby / niewydolność wątroby / żółtaczką Inne:.....			
<b>CHOROBY UKŁADU MOCZOWO - PŁCIOWEGO</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	
niewydolność nerek / zapalenie nerek / infekcja dróg moczowych / przerost prostaty Inne:.....			
<b>CHOROBY ENDOKRYNOLOGICZNE I PRZEMIANY MATERII</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	
cukrzyca (leczona insuliną / tabletkami) / nadczynność tarczycy / niedoczynność tarczycy / choroby przysadki mózgowej / choroby nadnerczy / porfiria Inne:.....			
<b>CHOROBY UKŁADU KOSTNO-MIĘŚNIOWEGO</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	
reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) / zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK) / dyskopatia / bóle kręgosłupa / choroby mięśni (również u członków rodziny), protezy Inne:.....			
<b>CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	
padaczka / przebyty udar mózgu / przebyty uraz głowy / niedowłady / bóle głowy / migrena / miastenia / choroba Parkinsona / choroba lokomocyjna / zaburzenia psychiczne (jakie?) Inne:.....			
<b>CHOROBY KRWI I ZABURZENIA KRZEPNIĘCIA KRWI</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	
anemia / małopłytkowość (niska liczba płytek krwi) / zaburzenia krzepnięcia krwi (przedłużone krwawienie po urazach i zabiegach, skłonność do tworzenia się siniaków) Inne:.....			
<b>INNE CHOROBY I PROBLEMY ZDROWOTNE</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	
choroby oczu: jaskra, zaćma, stan po odklejeniu siatkówki... choroby zakaźne: wirusowe zapalenie wątroby typu ... / HIV / inne:..... znaczną utratę wagi w ostatnim czasie:..... Inne:.....			
<b>NAŁOGI</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	
alkohol / papierosy (.....sztuk/dobę)			
<b>UCZULENIA (leki, pokarmy, substancje chemiczne itp.)</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	
na co?..... .....			
<b>Czy przyjmuje Pan/Pani aktualnie jakieś leki ?</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	
Jakie?..... ..... .....			

<b>Czy miał Pan/Pani do tej pory wykonywane operacje lub zabiegi w znieczuleniu ?</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	
---	------------	------------	--

Jakie/kiedy?.....		
.....		
<b>Czy wystąpiły wtedy jakieś powikłania lub inne problemy ?</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Jakie?.....		
.....		
<b>Czy u członków rodziny wystąpiły kiedykolwiek powikłania związane ze znieczuleniem lub operacją ?</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
jakie?.....		
.....		

<b>Czy nosi Pan/Pani protezy zębowe, oka, szkła kontaktowe, aparat słuchowy</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
.....		
<b>Czy zażywa Pan/Pani środki nasenne, uspokajające?</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Jakie?.....		
<b>Inne używki: narkotyki, alkohol, środki odurzające</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
.....		

<b>Czy jest Pani aktualnie w ciąży ?</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	<b>NIE WIEM</b>
--	------------	------------	-----------------

**CZĘŚĆ II – wypełnia lekarz**

<b>Rozpoznanie / planowany zabieg:</b>
.....

**Badanie i ocena anestezyjologiczna oraz badania dodatkowe (istotne informacje):**

.....

.....

.....

.....

.....Ocena w skali Malampatiego: I / II / III / IV

**Dodatkowe zalecenia / konsultacje:**.....

.....

.....

**Premedykacja:** wieczorem: ..... rano: .....

Pacjent zakwalifikowany do znieczulenia do zabiegu w trybie:						ASA					
planowym	przyspieszonym		pilnym		natychmiastowym	I	II	III	IV	V	E

Data ..... Podpis anestezyjologa.....

**INFORMACJA O RODZAJACH ZNIECZULENIA  
I ŚWIADOMA ZGODA NA ZNIECZULENIE**

Obecnie większość zabiegów operacyjnych i niektóre procedury diagnostyczne wykonuje się w znieczuleniu. Za przeprowadzenie znieczulenia odpowiada najczęściej lekarz anestezyjolog. Jego rolą jest wybór optymalnego postępowania anestezyjologicznego w oparciu o aktualny stan zdrowia pacjenta i rodzaj planowanego zabiegu. Procedury anestezyjologiczne uznawane są za bezpieczne dla pacjenta, jednak jak każda czynność medyczna, związane są z możliwością wystąpienia zdarzeń niepożądanych i powikłań. Do najpoważniejszych należą min.: niewydolność krążenia, niewydolność oddechowa, reakcje alergiczne, zaburzenia rytmu serca, uszkodzenia nerwów i naczyń, odma opłucnowa, zakażenie miejscowe i uogólnione, sepsa, udar mózgu, powikłania zakrzepowe i zatorowe, hipertermia złośliwa i inne.

Powyższe powikłania mogą w ekstremalnych przypadkach prowadzić do konieczności leczenia w oddziale intensywnej terapii, niepełnosprawności lub zgonu.

Szczegółowe i prawdziwe informacje na temat stanu zdrowia pacjenta, zażywanych leków oraz zastosowanie się do zaleceń lekarskich przed znieczuleniem pozwolą na zminimalizowanie ryzyka znieczulenia. W związku z tym prosimy o staranne wypełnienie załączonej anesteziologicznej ankiety przedoperacyjnej.

Lekarz anestezjolog przed zabiegiem odbędzie rozmowę z Państwem w celu uzyskania od Państwa świadomej zgody na znieczulenie i wyjaśnienia ewentualnych wątpliwości dotyczących znieczulenia. W trakcie tej wizyty, po rozmowie z Państwem, badaniu i zapoznaniu się z dokumentacją medyczną, podjęta zostanie decyzja o rodzaju planowanego znieczulenia. W przypadkach uzasadnionych bezpieczeństwem pacjenta zabieg może zostać przesunięty na inny termin (np. ostra infekcja czy niewyrównane choroby współistniejące).

## INFORMACJE O RODZAJACH ZNIECZULENIA

**Znieczulenie ogólne** – polega na czasowym zniesieniu świadomości ("uśpieniu") chorego na okres zabiegu, poprzez podanie środka nasennego dożylnie lub przez maskę do oddychania. Równocześnie pacjent otrzymuje zwykle środki przeciwbólowe oraz niekiedy środki zwiotczające mięśnie. Do bezpiecznego przeprowadzenia tego typu znieczulenia wymagane jest ponadto założenie wkłuc dożylnych oraz aparatury monitorującej, a często także specjalnej rurki lub innych narzędzi do dróg oddechowych, w celu utrzymania ich drożności i podtrzymania wymiany gazowej w płucach.

Ze znieczuleniem ogólnym mogą wiązać się powikłania i działania niepożądane. Znacząca większość z nich jest przemijająca i nie pozostawia uszczerbku na zdrowiu. Do powikłań znieczulenia ogólnego zalicza się: ból lub podrażnienie gardła; uszkodzenia zębów, warg, języka, krtani; nudności i wymioty; odzyskanie świadomości w czasie operacji, reakcje alergiczne i inne niepożądane reakcje na leki anesteziologiczne; trudności w oddychaniu; niedotlenienie organizmu na skutek trudności w wentylacji płuc; aspiracja treści pokarmowej do płuc i w następstwie ciężka niewydolność oddechowa; hipertermia złośliwa; zgon z przyczyn anesteziologicznych.

**Podczas znieczuleń wykonywanych zgodnie z obowiązującymi zasadami powikłania są bardzo rzadkie. Ich ryzyko jest większe min. podczas operacji nagłych, w przypadku pacjentów niebędących na czczo, u osób w ciężkim stanie ogólnym, a także obciążonych niektórymi chorobami ogólnymi, stąd informacje na temat tych chorób są szczególnie cenne. W innych przypadkach ryzyko jest minimalne, nie można go jednak nigdy całkowicie wykluczyć.**

**Przez cały okres znieczulenia anestezjolog i pielęgniarka anesteziologiczna są obecni przy pacjencie, nadzorując jego stan i w razie potrzeby na bieżąco lecząc niepożądane objawy uboczne procedury. Aby ograniczyć ryzyko zachłyśnięcia treścią pokarmową podczas znieczulenia, konieczne jest niespożywanie pokarmów przez co najmniej 6 godzin, a klarownych płynów (woda niegazowana) przez co najmniej 2 godziny przed znieczuleniem.**

**Wszelkie dodatkowe informacje i wyjaśnienia dotyczące znieczulenia można uzyskać od lekarzy anestezjologów .**

## ŚWIADOMA ZGODA NA ZNIECZULENIE

Potwierdzam własnoręcznym podpisem, że w dniu.....

lekarz anestezjolog ..... przeprowadził ze mną rozmowę przedoperacyjną.  
Zostałem/am wyczerpująco poinformowany/a o proponowanym sposobie znieczulenia i potencjalnym ryzyku wynikającym z jego zastosowania i ew. ryzyku powikłań w powiązaniu z moim stanem zdrowia.  
Mogłem/am zadać wszelkie pytania dotyczące sposobu znieczulenia, ryzyka związanego z jego zastosowaniem i ewentualnych powikłaniach. Nie mam więcej pytań, czuję się dostatecznie poinformowany/a.  
W pełni świadomie zgadzam się na proponowany mi rodzaj znieczulenia

Oświadczam także w pełni świadomie, że zgadzam się na towarzyszące operacji postępowanie, w szczególności infuzje płynów, **transfuzje krwi obcej i własnej**, podawanie niezbędnych leków w czasie i po operacji.

Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenia postępowania anesteziologicznego, w tym na zmianę rodzaju i zakresu znieczulenia.

Nie ukryłem/am żadnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, przyjmowanych dotychczas leków, wyników badań oraz przebiegu dotychczasowego leczenia. Jestem świadomy/a wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych.

Uwagi pacjenta.....

Data .....

Czytelny podpis pacjenta .....