

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA. ZGODA NA ZNIECZULENIE

Nazwisko i imię Pacjenta _____

PESEL _____

Waga _____ kg Wzrost _____ cm

Ankieta anestezjologiczna służy do zebrania informacji, na podstawie których możliwe będzie wybranie najbardziej korzystnego sposobu postępowania anestezjologicznego. Podane w ankiecie informacje objęte są tajemnicą dokumentacji medycznej i tajemnicą lekarską. Proszę otoczyć **kółkiem** właściwą odpowiedź: **TAK** lub **NIE** oraz zaznaczyć symbolem „x” jednostkę chorobową. Po wypełnieniu dokumentu proszę złożyć podpis na str. 2.

Przykład poniżej:

5.	Czy stwierdzono u Pana/Pani uczulenia? ☐ leki, jakie? _____ plaster ☒ jod ☒ lateks ☐ soja ☐ inne _____	☒ TAK	☐ NIE
----	---	--------------------------------------	---------------------------

Proszę zapoznać się z informacjami dotyczącymi ryzyka związanego ze znieczuleniem na str. 3. Wszelkie wątpliwości dotyczące możliwych powikłań związanych ze znieczuleniem będzie można wyjaśnić podczas przedoperacyjnej rozmowy z anestezjologiem.

UWAGA: Strona 4 dokumentu wypełniana jest dopiero w trakcie wizyty lekarza anestezjologa.

1.	Czy był Pan/Pani operowany(a)? Kiedy? Rodzaj zabiegu?	TAK	NIE
2.	Czy dobrze zniósł/zniosła Pan/Pani znieczulenie?	TAK	NIE
3.	Czy coś szczególnego wydarzyło się w związku ze znieczuleniem u członków najbliższej rodziny?	TAK	NIE
4.	Czy przetaczano Panu/Pani krew lub preparaty krwio pochodne?	TAK	NIE
4a	Czy wystąpiły jakieś powikłania w związku z przetaczaniem krwi/preparatów krwio pochodnych?	TAK	NIE
5.	Czy stwierdzono u Pana/Pani uczulenia? ☐ leki, jakie? _____ ☐ plaster ☐ jod ☐ lateks ☐ soja ☐ inne _____	TAK	NIE
6.	Czy jest Pan/Pani pod opieką lekarza specjalisty? ☐ kardiolog ☐ pulmonolog ☐ neurolog ☐ inny specjalista _____	TAK	NIE
7.	Czy choruje Pan/Pani na choroby układu krążenia? ☐ choroba wieńcowa ☐ zawał ☐ nadciśnienie tętnicze ☐ zaburzenia rytmu ☐ wada serca ☐ stymulator serca ☐ inne _____	TAK	NIE
8.	Czy choruje Pan/Pani na choroby układu oddechowego? ☐ astma oskrzelowa ☐ gruźlica ☐ przewlekłe zapalenie oskrzeli ☐ rozedma ☐ inne _____	TAK	NIE
9.	Czy choruje Pan/Pani na choroby przewodu pokarmowego? ☐ choroba wrzodowa ☐ refluks żołądkowo – przełykowy ☐ zapalenie jelit ☐ inne _____	TAK	NIE

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA. ZGODA NA ZNIECZULENIE

10.	Czy stwierdzono u Pana/Pani choroby wątroby? ☐ zapalenie wątroby ☐ marskość wątroby ☐ żółtaczka ☐ porfiria ☐ inne _____	TAK	NIE
11.	Czy choruje Pan/Pani na choroby przemiany materii? ☐ cukrzyca ☐ dna moczanowa ☐ otyłość ☐ inne _____	TAK	NIE
12.	Czy choruje Pan/Pani na choroby układu wydalniczego? ☐ niewydolność nerek ☐ dializoterapia ☐ kamica ☐ inne _____	TAK	NIE
13.	Czy choruje Pan/Pani na choroby tarczycy? ☐ nadczynność ☐ niedoczynność ☐ wole Hashimoto ☐ inne _____	TAK	NIE
14.	Czy zdiagnozowano u Pana/Pani choroby neurologiczne lub choroby mięśni? ☐ padaczka ☐ udar ☐ niedowład ☐ SM ☐ utraty przytomności ☐ miastenia ☐ dystrofia mięśniowa ☐ dystrofia mięśniowa w rodzinie ☐ inne _____	TAK	NIE
15.	Czy leczy lub leczył(a) się Pan/Pani psychiatrycznie? ☐ od kiedy?/jake problemy? _____	TAK	NIE
16.	Czy zaobserwował(a) Pan/Pani u siebie nadmierną skłonność do krwawienia z nosa, przy zranieniu lub skłonność do siniaków?	TAK	NIE
17.	Czy zgłasza Pan/Pani dolegliwości z układu kostno-stawowego? ☐ choroby kości ☐ dyskopatie ☐ choroby kręgosłupa ☐ inne _____	TAK	NIE
18.	Czy choruje Pan/Pani na choroby oczu? ☐ zaćma ☐ jaskra ☐ okulary ☐ soczewki ☐ nierówne źrenice ☐ inne _____	TAK	NIE
19.	Czy choruje Pan/Pani na inne, niewymienione wyżej schorzenia? ☐ jakie? _____	TAK	NIE
20.	Czy leczył/a się Pan/Pani w Oddziale Intensywnej Terapii?	TAK	NIE
21.	Czy leczył/a się Pan/Pani w szpitalu z powodu COVID-19?	TAK	NIE
22.	Czy nosi Pan/Pani aparat słuchowy?	TAK	NIE
23.	Czy nosi Pan/Pani protezy zębowe?	TAK	NIE
24.	Czy jest Pani w ciąży?	TAK	NIE
25.	Czy stosuje Pan/Pani używki? ☐ papierosy: _____ papierosów dziennie ☐ alkohol: _____ tygodniowo ☐ inne _____	TAK	NIE
26.	Proszę wymienić leki przyjmowane na stałe:		

*Po wypełnieniu proszę złożyć własnoręczny podpis wraz z datą.**Data oraz podpis Pacjenta:*

Data _____ Podpis _____

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA. ZGODA NA ZNIECZULENIE**Informacje dotyczące możliwych powikłań związanych ze znieczuleniem**

Znieczulenie ogólne (popularnie zwane narkozą) to stan głębokiego uśpienia, całkowitej i odwracalnej utraty świadomości. Stan ten podobny jest do fizjologicznego snu, jednak jest głębszy wywołany farmakologicznie, a w jego trakcie występuje depresja oddechowa, co oznacza, że pacjent nie jest w stanie oddychać samodzielnie, towarzyszy mu zniesienie reakcji na wszelkie bodźce zewnętrzne, m.in. ból i dotyk. Znieczulenie ogólne powoduje amnezję, czyli niepamięć, analgezję, czyli zniesienie bólu, a także zahamowanie odruchów rdzeniowych i zwiotczenie mięśni szkieletowych, czyli stan niezbędny podczas operacji chirurgicznej.

Znieczulenie regionalne (inaczej miejscowe, obwodowe) jest metodą blokowania bólu, polegającą na odwracalnym przerwaniu przewodnictwa nerwowego w określonych okolicach ciała. Podczas tego znieczulenia pacjent może pozostać świadomy.

POWIKŁANIA ZWIĄZANE ZE ZNIECZULENIEM (OGÓLNYM LUB REGIONALNYM)

Znieczulenie ogólne = powikłania, które mogą zdarzyć się podczas znieczulenia ogólnego.

Znieczulenie regionalne = powikłania, które mogą zdarzyć się podczas znieczulenia miejscowego (znieczulenie podpajęczynówkowe, znieczulenie zewnątrzoponowe, znieczulenie splotów i nerwów obwodowych)

Ludzie różnie interpretują słowa oraz liczby.

Ta skala ma w tym pomóc.

**Powikłania bardzo częste i częste:**

- Nudności i wymioty (ogólne i regionalne)
- Ból gardła (ogólne)
- Zawroty głowy, zaburzenia widzenia (ogólne)
- Ból głowy (ogólne i regionalne)
- Uraz wargi, języka (ogólne)
- Świąd (ogólne i regionalne)
- Ból mięśni i pleców (ogólne i regionalne)
- Ból podczas wstrzykiwania leku (ogólne i regionalne)
- Zasinienie w miejscach wkłuć (ogólne i regionalne)
- Dezorientacja i zaburzenia pamięci (ogólne i regionalne)
- Popunkcyjny ból głowy (regionalne)

Powikłania nieczęste:

- Infekcja dróg oddechowych (ogólne)
- Bóle mięśniowe (ogólne)
- Pogorszenie przewlekłej choroby (ogólne i regionalne)
- Uszkodzenie zębów (ogólne)
- Niezamierzony powrót świadomości w trakcie operacji (ogólne)

Powikłania rzadkie i bardzo rzadkie:

- Uraz gałki ocznej (ogólne)
- Zawał serca lub udar (ogólne i regionalne)
- Ciężka reakcja alergiczna (ogólne i regionalne)
- Uraz nerwu lub splotu nerwowego prowadzący do zaburzenia czucia lub niedowładu kończyn (ogólne i regionalne)
- Krwaki lub zakażenie okolicy rdzenia kręgowego prowadzące do niedowładu kończyn (regionalne)

Powikłania rzadkie i bardzo rzadkie (ciąg dalszy):

- Zakrzepica i niedokrwienie kończyny (ogólne i regionalne)
- Uszkodzenie czynnościowe mózgu (ogólne i regionalne)
- Śmierć (ogólne i regionalne)

Ryzyko związane z przetaczaniem krwi i preparatów krwiopochodnych:**Częste reakcje:**

- Gorączka, rumień, świąd skóry, złe samopoczucie

Rzadkie reakcje:

- Reakcja uczuleniowa, która może spowodować nasilone podobne reakcje na przetoczenia preparatów krwiopochodnych w przyszłości
- Dusznosc spowodowana reakcją uczuleniową
- Zakażenia wirusowe lub bakteryjne pochodzące od dawcy

Bardzo rzadkie reakcje:

- Ciężki rozstrój zdrowia lub śmierć

Lista nie wyczerpuje wszystkich możliwych powikłań. U niektórych pacjentów ryzyko wystąpienia powikłań może być wyższe niż przedstawione w tabeli (zapytaj lekarza).

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA. ZGODA NA ZNIECZULENIE

Uwaga: Ta strona jest wypełniana dopiero w trakcie wizyty lekarza anestezjologa.

Nazwisko i imię Pacjenta _____ PESEL _____

Ocena ryzyka w skali ASA _____ Ocena ryzyka w skali LEE _____

Ocena w skali Mallampatiego



ZGODA NA ZNIECZULENIE

I POTWIERDZENIE UZYSKANIA INFORMACJI DOTYCZĄCYCH ZNIECZULENIA

Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacjami dotyczącymi możliwych powikłań związanych ze znieczuleniem oraz udzieliłem/am zgodnych z prawdą informacji o moim stanie zdrowia w ankiecie anestezjologicznej.

Zostałem/am także dokładnie i zrozumiale poinformowany/a o sposobie znieczulenia do mojej operacji (lub zabiegu) oraz – jeśli konieczne transfuzji krwi i preparatów krwio pochodnych. W przekazanych mi informacjach anestezjolog omówił zalety i ryzyko proponowanej metody znieczulenia oraz alternatywne formy znieczulenia. Wszystkie informacje są dla mnie w pełni zrozumiałe.

Proponowane znieczulenie:

oraz procedury związane z koniecznością przeprowadzenia znieczulenia:

☐ Kaniulacja naczyń obwodowych ☐ Kaniulacja naczyń tętniczych ☐ Kaniulacja naczynia centralnego

Inne: _____

Miałem/am możliwość zadania pytań dotyczących znieczulenia i uzyskałem/am wyczerpującą odpowiedź.

Zgłaszam następujące uwagi do proponowanego znieczulenia:

Przyjmuję do wiadomości, że w celu ratowania mojego życia, w sytuacji wystąpienia wcześniej niemożliwych do przewidzenia okoliczności, anestezjolog może rozszerzyć zakres znieczulenia.

Rozumiem, że jestem zobowiązany/a do zastosowania się do przekazanych mi instrukcji postępowania w celu zapewnienia bezpieczeństwa znieczulenia.

Na podstawie powyższych informacji wyrażam zgodę na proponowane znieczulenie

☐ Tak / ☐ Nie

Pacjent (lub opiekun prawny) podpisujący zgodę:

Nazwisko i imię _____ Podpis _____ Data _____

Lekarz anestezjolog podpisujący dokument:

Nazwisko i imię, nr prawa wykonywania zawodu _____ Podpis _____