PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

DANE PACJENTA
Nazwisko i imię …… **PESEL** | | | | | | | | | | |

Numer Księgi Głównej……Oddział……

Wzrost……Waga……..

Zadaniem anestezjologa jest zapewnienie największego bezpieczeństwa i komfortu pacjentowi podczas zabiegów operacyjnych lub diagnostycznych.

Anestezjolog troszczy się o zniesienie bólu przez podanie leków przeciwbólowych lub znieczulenie ogólne (uśpienie). Pewne zabiegi można przeprowadzić w znieczuleniu regionalnym (przewodowym) obejmującym znieczuleniem tylko określoną część ciała. Znieczulenie takie tylko niewielkim stopniu obciąża organizm w przeciwieństwie do znieczulenia ogólnego. Wbrew obawom niektórych pacjentów znieczulenie regionalne w okolicy kręgosłupa (nadoponowe lub rdzeniowe) niezwykle rzadko powoduje uszkodzenie nerwów.

Ponadto anestezjolog nadzoruje podczas każdego zabiegu czynności organizmu (serce, ciśnienie, układ oddechowy) i natychmiast leczy występujące powikłania.

Ankieta przedoperacyjna służy do zebrania informacji, na podstawie których możliwe będzie wybranie najbardziej korzystnego postępowania anestezjologicznego. Pani/Pana współpraca przyczyni się do optymalnego przebiegu znieczulenia. Prosimy bardzo dokładnie odpowiedzieć na podane na odwrocie formularza pytania. Wszystkie niejasności prosimy poruszyć podczas rozmowy z anestezjologiem i w jego obecności podpisać zgodę na znieczulenie.

Wskazówki dla pacjentów, którzy są leczeni w szpitalu krócej niż 24 godziny:

1. Powstrzymać się od jedzenia i picia 6 godz. przed znieczuleniem.
2. Zapewnić sobie opiekę osoby dorosłej przynajmniej przez 12 godzin po opuszczeniu Szpitala.
3. Powstrzymać się od prowadzenia jakichkolwiek pojazdów przez 24 godz. od znieczulenia.

WYPEŁNIA CHIRURG

Rozpoznanie ……..

Rodzaj zabiegu …….....

Planowany rodzaj zabiegu ……...

Podpis i pieczątka chirurga ……

WYPEŁNIE ANESTEZJOLOG

Rodzaj znieczulenia ……;Ryzyko ASA ……;BR, HR …….....

Premedykacja ……...

Odchylenia w badaniach laboratoryjnych/diagnostycznych Rtg, EKG, inne ……

…….

Ocena trudności w intubacji ……

Inne problemy ……...

Kopiowanie, rozpowszechnianie i udostępnianie treści dokumentu tylko za zgodą Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością.
Nadzór nad zgodnością z wymaganiami Normy PN-EN ISO 9001:2015 i aktualizacją dokumentu sprawuje Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością

Nazwisko i imię Pacjenta …….……..

Proszę przeczytać poniższe pytania i zakreślić kółkiem stosowną odpowiedź

Czy był(a) już Pan(i) operowana(y)? Kiedy? Rodzaj zabiegu	nie	tak	nie wiem
Czy dobrze zniósł(a) Pan(i) znieczulenie?	nie	tak	nie wiem
Czy miał(a) Pan(i) transfuzję krwi? Kiedy?	nie	tak	nie wiem
Czy dobrze zniósł(a) Pan(i) tę transfuzję?	nie	tak	nie wiem
Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na:	nie	tak	nie wiem
– Serce: zawał, choroba niedokrwienna, wada serca	nie	tak	nie wiem
– Krążenie: nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenie, duszności	nie	tak	nie wiem
– Gruźlicę, rozedmę, pylicę, astmę, przewlekłe zapalenie oskrzeli	nie	tak	nie wiem
– Żołądek: choroba wrzodowa, zapalenie	nie	tak	nie wiem
– Wątrobę: żółtaczka, stłuszczenie, marskość	nie	tak	nie wiem
– Zapalenie nerek, kamica, trudności w oddawaniu moczu	nie	tak	nie wiem
– Cukrzycę, dnę moczanową, porfirię	nie	tak	nie wiem
– Tarczycę: wole obojętne, nadczynność, niedoczynność	nie	tak	nie wiem
– Choroby oczu: jaskra	nie	tak	nie wiem
– Choroby nerwów: porażenie, drgawki, padaczka, udar	nie	tak	nie wiem
– Zmiany nastroju: depresja, nerwica	nie	tak	nie wiem
– Choroby kręgosłupa, zmiany w stawach, osłabienie mięśni	nie	tak	nie wiem
– Choroby krwi: skłonność do krwawień, siniaków	nie	tak	nie wiem
– Uczulenia: leki, plaster, katar sienny, inne	nie	tak	nie wiem
Czy pije Pan(i) alkohol?	nie	tak	nie wiem
Czy jest Pani w ciąży?	nie	tak	nie wiem
Protezy zębowe wyjmowane	nie	tak	
Szkła kontaktowe. Proteza oka	nie	tak	
Czy Pan(i) pali? Jeśli tak to ile?	nie	tak	

Czy używa Pan(i) środki nasenne? Jeśli tak to jakie? ……

Inne schorzenia ……

Jakie leki przyjmuje Pan(i) obecnie ……

Oświadczenie i zgoda Pacjenta na znieczulenie

Lekarz przeprowadził ze mną rozmowę wyjaśniającą problem znieczulenia do operacji. Podczas tej rozmowy mogłem(am) pytać o wszystkie problemy dotyczące rodzaju znieczulenia, związanego z tym ryzyka oraz inne okoliczności, które mogą wystąpić przed i po operacji.

Proszę o wykonanie u mnie znieczulenia ogólnego /regionalnego do zabiegu operacyjnego.

Wyrażam świadomą zgodę na towarzyszące zabiegowi postępowanie tj. infuzje płynów, transfuzję krwi podane w czasie i po zabiegu i na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego, w tym zmianę rodzaju zakresu znieczulenia.

Data przeprowadzenia rozmowy……...Podpis, pieczątka lekarza ……

Czytelny Podpis Pacjenta ……..

Uwaga

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w zakresie koniecznym do proponowanego leczenia i diagnozowania

Kopiowanie, rozpowszechnianie i udostępnianie treści dokumentu tylko za zgodą Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością.
Nadzór nad zgodnością z wymaganiami Normy PN-EN ISO 9001:2015 i aktualizacją dokumentu sprawuje Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością