

KWESTIONARIUSZ ANESTEZJOLOGICZNY

.....
Imię i Nazwisko

.....
Data zabiegu

.....
Data konsultacji anestezjologicznej

.....
Data urodzenia

.....
Rodzaj planowanego zabiegu

Szanowni Państwo

Na pewno Państwu wiadomo, że do przeprowadzenia operacji konieczne jest znieczulenie. Istnieje wiele metod znieczulenia. Zasadniczo można podzielić je na: znieczulenie ogólne znieczulenie przewodowe, miejscowe oraz sedację. Wybór znieczulenia zależy przede wszystkim od rodzaju operacji i stanu zdrowia pacjenta. Wyboru metody znieczulenia dokonuje lekarz anestezjolog w porozumieniu z pacjentem, kierując się możliwością wykonania danej operacji przy zastosowaniu określonej metody znieczulenia, stopniem bezpieczeństwa i ryzyka wystąpienia powikłań.

Podczas przedoperacyjnego spotkania z anestezjologiem uzyskają Państwo dokładne informacje o planowanym znieczuleniu, jego zaletach, możliwości powikłań oraz opiece pooperacyjnej. W czasie tej rozmowy można zadawać pytania i otrzymać wyjaśnienia dotyczące wszystkich nurtujących Państwa problemów.

Bez względu na planowaną metodę znieczulenia prosimy przestrzegać poniższych zaleceń:

- **Przynajmniej 6 godzin przed znieczuleniem zabronione jest przyjmowanie pokarmów stałych.**
- **Do 4 godzin przed znieczuleniem można pić klarowne płyny (woda, klarowne soki, oraz herbata lub kawa bez mleka)**
- **W indywidualnych przypadkach lekarz anestezjolog może zmienić powyższe zalecenia.**
- Wątpliwości odnośnie postępowania przedoperacyjnego zwłaszcza u chorych na cukrzycę i inne choroby przewlekłe (stosowanie leków i spożywanie posiłków w dniu znieczulenia) prosimy omówić podczas konsultacji z anestezjologiem lub lekarzem prowadzącym.

Przed udaniem się na salę zabiegową prosimy:

- wyjąć protezy dentystyczne zarówno częściowe jak i pełne;
- zdjąć biżuterię (kolczyki, łańcuszki, pierścionki, obrączkę);
- zmyć makijaż i jeżeli to możliwe usunąć z paznokci ciemny lakier;
- wyjąć używane soczewki kontaktowe;

Pacjenci opuszczający szpital w dniu zabiegu powinni:

- opuszczać szpital w towarzystwie osoby dorosłej;
- mieć zapewnioną opiekę osoby dorosłej do rana następnego dnia;
- nie kierować pojazdami mechanicznymi przez 24 godziny po znieczuleniu;
- mieć dostęp do telefonu i numeru telefonu lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego Szpitala Matopát;
- po przyjęciu środków anestetycznych nie wykonywać żadnych czynności cywilno-prawnych i nie podpisywać żadnych dokumentów w danym dniu.

Na następnej stronie umieściliśmy kwestionariusz, który prosimy wypełnić w domu i przynieść ze sobą na konsultację anestezjologiczną w celu właściwego zaplanowania postępowania medycznego. Zależy nam na uzyskaniu wszelkich informacji na temat schorzeń dotychczas leczonych i chorób przewlekłych, dlatego prosimy również o **przyniesienie na konsultację anestezjologiczną wszystkich istotnych dokumentów** (wypisów ze szpitala, zaświadczeń, wyników badań i konsultacji). Prosimy także o okazanie stosowanych leków w oryginalnych opakowaniach.

Kwestionariusz przedzabiegowy

Rodzina / opiekun mogą wypełnić kwestionariusz w imieniu Pacjenta

Czy choruje / chorował Pani/Pan na następujące choroby?

Jeżeli **TAK** proszę podać szczegóły, jeżeli nie to zaznaczyć zakreślając wyraz **NIE**

- | | |
|--|---------------|
| Choroby serca | Tak/Nie _____ |
| Bóle w klatce piersiowej, kołatania serca, omdlenia | Tak/Nie _____ |
| Wysokie ciśnienie tętnicze krwi | Tak/Nie _____ |
| Astma oskrzelowa, zapalenie oskrzeli | Tak/Nie _____ |
| Inne choroby płuc | Tak/Nie _____ |
| Duszność przy wysiłku lub w nocy | Tak/Nie _____ |
| Cukrzyca | Tak/Nie _____ |
| Choroby tarczycy | Tak/Nie _____ |
| Choroby nerek lub kłopoty z moczem | Tak/Nie _____ |
| Choroby układu nerwowego (niedowład, udar, SM) | Tak/Nie _____ |
| Padaczka lub drgawki | Tak/Nie _____ |
| Anemia lub inne choroby krwi | Tak/Nie _____ |
| Żylaki kończyn dolnych | Tak/Nie _____ |
| Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy | Tak/Nie _____ |
| Inne poważne schorzenia | Tak/Nie _____ |
| Czy pali Pani/Pan papierosy? (ile na dzień / lat) | Tak/Nie _____ |
| Czy pije Pan/Pani alkohol? (jakie ilości na tydzień) | Tak/Nie _____ |
| Czy ma Pani/Pan ruchome zęby, mostki, protezy? | Tak/Nie _____ |
| Czy ma Pani/Pan rozrusznik lub jakieś implanty? | Tak/Nie _____ |
| <u>Kobiety:</u> Czy jest Pani w ciąży? | Tak/Nie _____ |
| Czy stosuje Pani hormonalne środki antykoncepcyjne lub hormonalną terapię zastępczą? | Tak/Nie _____ |
| Czy przyjmuje Pani/Pan leki? Jakież? Proszę wymienić | Tak/Nie _____ |

Czy w przeszłości wystąpiła jakaś reakcja uczuleniowa na leki (antybiotyki, leki przeciwbólowe, inne), pokarmy czy jakiegokolwiek inne czynniki? Tak/Nie _____

Proszę wymienić poprzednie operacje i/lub znieczulenia oraz podać rok wykonania Tak/Nie

Czy były u Pani/Pana lub członków rodziny problemy związane ze znieczuleniem? Tak/Nie

Czy jest jeszcze coś, o czym powinien wiedzieć chirurg lub anestezjolog? Tak/Nie

Czy ma Pani/Pan szczególne potrzeby religijne? Tak/Nie

Czy potrzebowała Pani/Pan pomocy przy wypełnianiu tego kwestionariusza? Tak/Nie

Data

Podpis Pacjenta

(w przypadku małoletniego podpis obojga rodziców lub opiekuna prawnego)

Zgodę na określony rodzaj znieczulenia i procedury medyczne z nim związane należy podpisać po zapoznaniu się z informacjami na pierwszej stronie niniejszego kwestionariusza oraz po konsultacji anestezyjologicznej . Podczas konsultacji anestezjolog omówi rodzaj znieczulenia, postępowanie przed i pooperacyjnie a także odpowie na Państwa pytania.

Wyrażam zgodę na znieczulenie, _____
którego założenia, cele, stopień ryzyka z nim związany, możliwości powikłań z niego wynikających zostały mi przedstawione w sposób dla mnie zrozumiały. Potwierdzam tym samym, że udzielono mi wszelkich niezbędnych informacji na temat znieczulenia oraz poświęcono mi wystarczającą ilość czasu. Oświadczam, że miałam/em możliwość zadawania pytań, a odpowiedzi na nie udzielono mi w sposób zwięzły i zrozumiały dla mnie. Jednocześnie zapewniam, iż przekazałam/em wszystkie i prawdziwe informacje o aktualnym swoim stanie zdrowia, o przewlekłych i przebytych chorobach. Potwierdzam także, że zostałam/em poinformowana/y o stanie mojego zdrowia, stwierdzonym rozpoznaniu, proponowanych i możliwych metod diagnostycznych i leczniczych oraz o możliwości zastosowania alternatywnych metod znieczulenia, a także o dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania i prognozowanych rokowaniach. Potwierdzam i zapewniam, że składam niniejszą zgodę i oświadczenie świadomie.

Data

Podpis Pacjenta

(w przypadku małoletniego podpis obojga rodziców lub opiekuna prawnego)

Wzrost _____

Waga _____

Wywiad: _____

Badanie przedmiotowe:

Układ krążenia: _____

Układ oddechowy: _____

Powstałe układy / inne choroby _____

Ocena wg skłai ASA _____ Mallampati _____

Inna _____

Ocena ryzyka sercowo-naczyniowego wg kalkulatora GPCR _____

Badania laboratoryjne:

Grupa krwi _____ Rh _____

Hb _____ Ht _____ Płytki _____ Cukier _____

Inne _____

EKG _____

RTG płuc _____

Uwagi: _____

Planowane znieczulenia: _____

Data

Podpis anestezjologa