

## Przedoperacyjna ankieta anestezjologiczna

Imię..... Nazwisko.....

Data urodzenia.....Pesel.....

Wzrost.....Waga.....

Adres.....

ROZPOZNANIE.....

(wpisuje lekarz)

ZABIEG.....

(wpisuje lekarz)

### Szanowny Pacjencie!

Operacje i bolesne badania wykonywane są w znieczuleniu. Za przeprowadzenie znieczulenia jak również za utrzymanie ważnych dla życia czynności organizmu pacjenta, jego bezpieczeństwo i komfort podczas zabiegu odpowiedzialny jest lekarz anestezjolog. Anestezjolog troszczy się o zniesienie bólu przez podanie leków przeciwbólowych, znieczulenie ogólne (uśpienie) lub przewodowe chorego.

**Znieczulenie ogólne** – znosi świadomość odczuwania bólu w całym organizmie. Pacjent od początku do końca narkozy znajduje się w stanie przypominającym sen. Stan ten wywołany jest przez podanie środków dożylnych lub wziewnych. Niektóre operacje wymagają po uśpieniu pacjenta, założenia przez usta do dróg oddechowych rurki intubacyjnej. Celem takiego postępowania jest zapewnienie bezpieczeństwa dla chorego (ochrona płuc przed następstwami wymiotów) i ułatwienie przeprowadzenia znieczulenia i operacji.

Pewne zabiegi można przeprowadzić **w znieczuleniu przewodowym (podpajęczynówkowym, zewnątrzoponowym lub znieczuleniu nerwów obwodowych)** obejmującym tylko określoną część ciała. Znieczulenie takie w niewielkim stopniu obciąża organizm chorego.

Lekarz anestezjolog proponuje zawsze postępowanie, które zgodnie z jego wiedzą jest najlepsze dla planowanej operacji i najbezpieczniejsze dla pacjenta.

### POWIKŁANIA ZWIĄZANE ZE ZNIECZULENIEM

Nie ma zabiegu bez ryzyka – żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu postępowania leczniczego. Potencjalnymi ciężkimi powikłaniami znieczulenia są: zgon, zawał mięśnia sercowego, zatrzymanie akcji serca, uszkodzenie, przebicie tchawicy, zapalenie płuc w następstwie przedostania się treści żołądkowej do dróg oddechowych, porażenie nerwów w trakcie znieczuleń przewodowych.

Częściej występujące powikłania znieczulenia ogólnego to: nudności, wymioty, ból gardła, chrypka, bóle mięśni, uszkodzenie zębów, krwiaki w miejscu wkłucia dożylnego; oraz znieczulenia przewodowego: bóle głowy, bóle pleców oraz zatrzymanie moczu. Powikłania te mają charakter przejściowy i nie powodują trwałego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta.

Anestezjolog nadzoruje czynności organizmu podczas całego zabiegu i w okresie pooperacyjnym i natychmiast leczy występujące powikłania.

Ankieta przedoperacyjna służy do zebrania informacji, na podstawie których możliwe będzie wybranie najbardziej korzystnego postępowania anestezjologicznego. Pana/i współpraca przyczyni się do optymalnego przebiegu znieczulenia. Dla własnego bezpieczeństwa proszę o dokładne wypełnienie ankiety. Podczas spotkania z anestezjologiem prosimy o zadawanie dalszych pytań dotyczących Pana/i obaw i wątpliwości związanych ze znieczuleniem i podpisanie zgody na znieczulenie.

CZY LECZY SIĘ PAN/PANI OSTATNIO?

TAK  NIE  NIE WIEM

1. JEŚLI TAK TO NA JAKIE SCHORZENIE? .....

.....

2. JAKIE LEKI PAN/PANI OBECNIE PRZYJMUJE? .....

.....

3. CZY BYŁ/BYŁA PAN/PANI JUŻ OPEROWANA?  TAK  NIE  NIE WIEM

RODZAJ OPERACJI

A).....

W ROKU.....

B).....

W ROKU.....

C).....

W ROKU.....

4. CZY DOBRZE ZNIOŚŁA PAN/PANI ZNIECZULENIE?  TAK  NIE  NIE WIEM

5. CZY MIAŁ PAN/PANI TRANSFUZJĘ KRWI?  TAK  NIE  NIE WIEM

A) KIEDY.....

B) CZY DOBRZE ZNIOŚŁ PAN/PANI TRANSFUZJĘ?  TAK  NIE  NIE WIEM

6. CHOROBY SERCA (ZAWAŁ, ZAPALENIE NIEDOKRWIENIE M. SERCOWEGO,  
WADA SERCA)  TAK  NIE  NIE WIEM

7. CHOROBY KRAŻENIA (CIŚNIENIE KRWI WYSOKIE NISKIE OMDLENIA,  
ZMĘCZENIE, DUSZNOŚĆ)  TAK  NIE  NIE WIEM

8. CHOROBY NACZYŃ (ŻYLAKI, BÓLE ŁYDEK PRZY CHODZENIU, ZŁE  
UKRWIENIE KOŃCZYN, ZAPALENIE ŻYŁ)  TAK  NIE  NIE WIEM

9. CHOROBY PŁUC (GRUŻLICA, ZAPALENIE PŁUC, ROZEDMA, PYLICA)  
 TAK  NIE  NIE WIEM

10. CHOROBY DRÓG ODDECHOWYCH (ASTMA, PRZEWLEKŁE ZAPALENIE  
OSKRZELI)  TAK  NIE  NIE WIEM

11. CHOROBY ŻOŁĄDKA (ZAPALENIE, CHOROBA WRZODOWA)  
 TAK  NIE  NIE WIEM

12. CHOROBY WĄTROBY (ŻÓLTACZKA, ZASTÓJ, STŁUCZENIE WĄTROBY)  
 TAK  NIE  NIE WIEM

13. CHOROBY UKŁADU MOCZOWEGO (ZAPALENIE NEREK, KAMIENIE  
NERKOWE, TRUDNOŚCI W ODDAWANIU MOCZU)  
 TAK  NIE  NIE WIEM

14. CHOROBY PRZEMIANY MATERII (CUKRZYCA, DNA)

TAK  NIE  NIE WIEM

15. CHOROBY TARCZYCY (WOLE OBOJĘTNE, NADCZYNNOSĆ,

NIEDOCZYNNOSĆ)

TAK  NIE  NIE WIEM

16. CHOROBY OCZU (NP. JASKRA)

TAK  NIE  NIE WIEM

17. CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO

TAK  NIE  NIE WIEM

18. CHOROBY UKŁADU SZKIELETOWEGO (NP. BÓLE KORZONKOWE, ZMIANY

ZWYRODNIENIOWE KRĘGOSŁUPA, STAWÓW, OSŁABIENIE MIĘŚNI)

TAK  NIE  NIE WIEM

19. CHOROBY KRWI I UKŁADU KRZEPNIĘCIA

(NP. SKŁONNOŚĆ DO KRWAWIENI, SINIAKÓW)

TAK  NIE  NIE WIEM

20. UCZULENIA (KATAR SIENNY, WYSYPKA, UCZULENIA NA POKARMY, LEKI,

PLASTER, JODYNĘ)

TAK  NIE  NIE WIEM

21. INNE SCHORZENIA NIE WYMIENIONE WYŻEJ

JAKIE?.....

TAK  NIE  NIE WIEM

22. CZY JEST PANI W CIĄŻY?

TAK  NIE  NIE WIEM

23. KIEDY MIAŁA PANI OSTATNIĄ MIESIĄCZKĘ?

.....

NIE WIEM

24. CZY NOSI PAN/PANI PROTEZY ZĘBOWE LUB

SZKŁA KONTAKTOWE?

TAK  NIE  NIE WIEM

25. CZY PAN/PANI PALI?

TAK  NIE  NIE WIEM

A) JEŚLI TAK TO ILE? .....

B) OD KIEDY JUŻ NIE? .....

26. CZY PIJE PAN/PANI ALKOHOL?

NIE  RZADKO  NIEWIELE  REGULARNIE

REGULARNIE DUŻO

27. CZY ZAŻYWA PAN/PANI ŚRODKI USPOKAJAJĄCE LUB NASENNE?

TAK  NIE  NIE WIEM

JAKIE?.....

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

DR.....PRZEPROWADZIŁ(A) ZE MNĄ ROZMOWĘ  
WYJAŚNIAJĄCĄ PROBLEM ZNIECZULENIA DO OPERACJI.

### ZGODA NA ZNIECZULENIE

NINIEJSZYM WYRAŻAM ZGODĘ NA ZNIECZULENIE OGÓLNE:

REGIONALNE.....

DO ZABIEGU.....

JAK RÓWNIEŻ NA TOWARZYSZĄCE TEMU POSTĘPOWANIU PRZETACZANIE PŁYNÓW,  
KRWI, ŚRODKÓW KRWIOPOCHODNYCH, LECZENIE KRAŻENIEOWE, ODDECHOWE,  
PRZECIWBÓLOWE W CZASIE I PO ZABIEGU OPERACYJNYM. ZGADZAM SIĘ NA  
UZASADNIONE MEDYCZNIE ZMIANY LUB ROZSZERZENIE POSTĘPOWANIA  
ANESTEZJOLOGICZNEGO W TYM ZMIANĘ RODZAJU ZNIECZULENIA, KANIULACJĘ  
DUŻYCH NACZYŃ, ITP.

.....

Podpis Lekarza

.....

Podpis Pacjenta

UWAGI LEKARZA.....

.....

### KOŃCOWE BADANIA ANESTEZJOLOGICZNE

Temperatura.....Ciśnienie tętnicze...../.....Tętno.....

Badania układu krążenia .....

Badania układu oddechowego.....

Problemy specyficzne.....

Uwagi .....

.....

RYZYSKO (ASA):.....Zamówiona krew .....ml. Osocze.....ml.....

PREMEDYKACJA (sprawdzić przed podaniem .....

Data	Godz.	Lek	Dawka	Droga	Kto podawał