



ANKIETA KWALIFIKACYJNA DO ZNIECZULENIA

Nazwisko:

PESEL:

Nr ks. od.:

Informacja dla pacjenta

Szanowni Państwo!

Informacje zawarte w tej ankiecie mają na celu właściwe przygotowanie Pani/Pana do znieczulenia. Znieczulenie jest procedurą bezpieczną, tym niemniej wiele czynników zwiększa ryzyko wystąpienia powikłań śród- i okołooperacyjnych. Do czynników tych należą m. in. schorzenia ostre i przewlekłe, alergie, stosowane dotychczas leczenie, przyjmowanie wielu środków i powszechnie stosowanych leków. Dlatego niezwykle istotne jest staranne i zgodne z prawdą wypełnienie tej ankiety. Należy odpowiedzieć na wszystkie zawarte w ankiecie pytania. W przypadku wątpliwości co do odpowiedzi prosimy pozostawić pole niewypełnione. Na jej podstawie anestezjolog dokona kwalifikacji do znieczulenia oraz wybierze najlepszy rodzaj znieczulenia. W przypadkach uzasadnionych bezpieczeństwem pacjenta zabieg może zostać przesunięty na inny termin. Najczęstszymi przyczynami takiego postępowania są: obecność niewyrównanej choroby współistniejącej, ostra infekcja, spożyty niedawno posiłek, brak podstawowych badań laboratoryjnych oraz wysokie ryzyko okołooperacyjne wystąpienia powikłań. Do możliwych powikłań znieczulenia należą m. in.: zgon, niewydolność krążenia (zapaść, wstrząs), niewydolność oddychania, reakcje alergiczne, zaburzenia rytmu serca, uszkodzenia naczyń i nerwów, zaostrzenie współistniejącej choroby przewlekłej, odma opłucnowa, nudności, wymioty, zakażenie miejscowe, sepsa, udar mózgu, zatorowość płucna, powikłania zakrzepowe, hipertermia złośliwa i inne. Znaczne nasilenie wyżej wymienionych zaburzeń może prowadzić do konieczności leczenia w Oddziale Intensywnej Terapii, kalectwa lub nagłego zgonu.

Po przeanalizowaniu ankiety anestezjolog spotka się z Państwem w celu przedstawienia postępowania okołooperacyjnego, szacowanego ryzyka oraz uzyskania Państwa świadomej zgody na znieczulenie. W żadnym wypadku nie wolno podpisywać zgody pod nieobecność anestezjologa oraz przed uzyskaniem odpowiedzi na wszelkie nurtujące Państwa wątpliwości. Prosimy również pamiętać, że wyrażenie zgody na zabieg operacyjny nie jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na znieczulenie.

Układ krążenia					
Choroba niedokrwienności serca:	TAK	NIE	Nadciśnienie tętnicze::	TAK	NIE
Stopień nasilenia wg CCS:			przeciętne wartości ciśnienia:		
Wada serca:	TAK	NIE	Przebyty zawał mięśnia sercowego:	TAK	NIE
rodzaj:			kiedy:		
operowana:	TAK	NIE			
rodzaj i data operacji:			Implantowana na steny	TAK	NIE
			kiedy:		
Zaburzenia rytmu serca:	TAK	NIE	Duszność:	TAK	NIE
jaki:			w jakich sytuacjach:		
			stopień nasilenia wg NYHA		
Kardiomiopatia:	TAK	NIE			

Układ oddechowy					
Astma:	TAK	NIE	Przewlekłe zapalenie oskrzeli:	TAK	NIE
czynniki wyzwalające napad:					
Mukowiscydoza płucna:	TAK	NIE	Rozedma:	TAK	NIE
Zespół bezdechu sennego:	TAK	NIE	Inne schorzenia:	TAK	NIE
Układ nerwowy i mięśniowy					
Mózgowe porażenie dziec.:	TAK	NIE	Padaczka:	TAK	NIE
rehabilitowane	TAK	NIE	ostatni napad, data:		
Autyzm:	TAK	NIE	Zaburzenia psychiczne:	TAK	NIE
sposób leczenia:			jaki:		
Dystrofia mięśniowa:	TAK	NIE	Zespół miotoniczny:	TAK	NIE
jakiego typu:			jakiego typu:		
Miastenia:	TAK	NIE	Neuropatia:	TAK	NIE
Przewód pokarmowy					
Choroba wrzodowa:	TAK	NIE	Choroby zapalne jelit:	TAK	NIE
Marskość wątroby:	TAK	NIE	Zespół złego wchłaniania:	TAK	NIE
			przyczyna:		
Choroby metaboliczne i endokrynne					
Cukrzyca:	TAK	NIE	Hiperlipidemia:	TAK	NIE
typowe wartości glikemii:			typ:		
Nadczynność tarczycy:	TAK	NIE	Niedoczynność tarczycy:	TAK	NIE
Otyłość:	TAK	NIE	Wyniszczenie:	TAK	NIE
jakiego typu:					
Choroby nadnerczy:	TAK	NIE	Guz chromochłonny:	TAK	NIE
Układ krwionośny					
Hemofilia A lub B:	TAK	NIE	Białaczka, chłoniak:	TAK	NIE
Małopłytkowość:	TAK	NIE	Niedokrwistość:	TAK	NIE
			jakiego typu:		
Skaza naczyniowa:	TAK	NIE	Inne zaburzenia:	TAK	NIE
jakiego typu:			jakiego typu:		

Układ moczowy					
Niewydolność nerek:	TAK	NIE	Zapalenie nerek:	TAK	NIE
leczone dializami:	TAK	NIE	Rodzaj:	TAK	NIE
			jakiego typu:		
Przerost prostaty	TAK	NIE	operowane:		
Choroby zakaźne					
Zapalenie wątroby typ B:	TAK	NIE	Zapalenie wątroby typ C:	TAK	NIE
Cytomegalia:	TAK	NIE	AIDS, nosiciel HIV:	TAK	NIE
Stan po przeszczepie nerki:	TAK	NIE	Wady wrodzone ukł. moczowego:	TAK	NIE
Gruźlica:	TAK	NIE	Inna:	TAK	NIE
Alergie					
Alergie na leki:	TAK	NIE	Uczulenia kontaktowe:	TAK	NIE
jakie:			na co:		
rodzaj reakcji:					
Katar sienny:	TAK	NIE	Uczulenia na pokarmy:	TAK	NIE
alergeny:			jakie:		
			rodzaj reakcji:		
Używki					
Alkohol:	TAK	NIE	Papierosy:	TAK	NIE
ile tygodniowo:			ile dziennie:		
jak często:			jak długo:		
Narkotyki:	TAK	NIE	Sterydy anaboliczne i stymulanty:	TAK	NIE
jakie:			jakie:		
Krew i preparaty krwiopochodne					
Przetoczenia krwi:	TAK	NIE	Osocze, albuminy:	TAK	NIE
kiedy:			kiedy:		
Wywiad rodzinny					
Czy w rodzinie zdarzyły się przypadki nagłego zgonu w czasie operacji:				TAK	NIE
Czy w rodzinie występowały choroby mięśni:				TAK	NIE

Dotychczasowe operacje

rodzaj zabiegu, data:

rodzaj znieczulenia:

powikłania po znieczuleniu:

rodzaj zabiegu, data:

rodzaj znieczulenia:

powikłania po znieczuleniu:

rodzaj zabiegu, data:

rodzaj znieczulenia:

powikłania po znieczuleniu:

Inne uwagi dotyczące stanu zdrowia

Zgoda na znieczulenie i inne procedury związane ze znieczuleniem

Oświadczam, że wyżej podane informacje są prawdziwe. Zdaję sobie sprawę, że zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji może spowodować stan bezpośredniego zagrożenia życia u osoby znieczulaney. Uzyskałem/-am pełną informację dotyczącą aktualnego znieczulenia i postępowania okołoperacyjnego. Otrzymałem/-am wyczerpujące odpowiedzi na moje pytania. Mając świadomość, że brak zgody na niektóre czynności może spowodować odmowę wykonania znieczulenia wyrażam zgodę i proszę o wykonanie następujących procedur:

Znieczulenie ogólne:	TAK	NIE
Znieczulenie przewodowe:	TAK	NIE
Założenie wkłucia centralnego:	TAK	NIE
Założenie kaniuli dotętnicznej:	TAK	NIE
Założenie cewnika do pęcherza moczowego:	TAK	NIE
Założenie zgłębnika do żołądka:	TAK	NIE
Przetoczenie krwi lub prep. krwiopochodnych:	TAK	NIE
Leczenie w Oddz. Intensywnej Terapii:	TAK	NIE
Resuscytację krążeniowo-oddechową:	TAK	NIE
Inne konieczne procedury:	TAK	NIE

.....
data i podpis pacjenta

.....
data i podpis anestezjologa