

KONSULTACJA ANESTEZJOLOGICZNA

Na podstawie badania przedmiotowego, podmiotowego oraz badań dodatkowych pacjenta:

KWALIFIKUJE	NIE KWALIFIKUJE	KWALIFIKUJE WARUNKOWO
OGÓLNEGO	PODPAJĘCZYNÓWKOWEGO	KĄŻDEGO

* zakreślić właściwe

SKALA ASA

ZALECENIA

Data

Pieczęć i podpis konsultującego anestezjologa

REKONSULTACJA

KWALIFIKUJE	NIE KWALIFIKUJE	KWALIFIKUJE WARUNKOWO
OGÓLNEGO	PODPAJĘCZYNÓWKOWEGO	KĄŻDEGO

do znieczulenia

ZALECENIA

Data

Pieczęć i podpis konsultującego anestezjologa

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Imię i nazwisko

Pesel

Oddział

Rodzaj zabiegu operacyjnego

Tryb zabiegu:

PLANOWY*

PILNY*

RATUJĄCY ŻYCIE*

(* zaznaczyć właściwe)

Szanowna Pacjentko, Szanowny Pacjencie,
Przeprowadzenie zabiegu operacyjnego wymaga wyłączenia odczuwania bólu (znieczulenia).
Za wybór najbardziej odpowiedniej metody znieczulenia, jego przeprowadzenie oraz nadzór nad czynnością organizmu pacjenta podczas znieczulenia i operacji (m.in. nad krążeniem, oddychaniem) odpowiedzialny jest lekarz specjalista anestezjolog.

PYTANIA DO PACJENTA

Odpowiedzi na poniższe pytania, pomocą wykryć możliwe ryzyko i zadbać o maksymalne bezpieczeństwo podczas znieczulenia.

1. Czy leczy się Pan(i) stale lub w ciągu ostatnich kilku tygodni?

2. Jeśli Tak, to z jakiego powodu

TAK ☐ NIE ☐

3. Jakież leki Pan(i) przyjmuje na stałe

Czy w ciągu ostatnich tygodni przyjmował(a) Pan(i) leki osłabiające krzepnięcie krwi? Jeśli tak, proszę wymienić jakie

4. Czy był(a) Pan(i) operowana: (Jeśli Tak, to proszę podać rok i rodzaj operacji)

Rok

Operacja

Rok

Operacja

Rok

Operacja

Rok

Operacja

5. Czy dobrze zniósł Pan(i) znieczulenie? (jeśli Nie, to jakie były dolegliwości)

TAK ☐ NIE ☐

6. Czy miał(a) Pan(i) transfuzję krwi lub preparatów krwiopochodnych (osocze, płytki, czynniki krzepnięcia)? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli Tak, czy wystąpiły powikłania:

CZY WYSTĘPUJĄ (WYSTĘPOWAŁY) U PAN(A) NASTĘPUJĄCE CHOROBY LUB OBJAWY?

7. Serce / Krażenie:

- Nadciśnienie / Niedociśnienie, Choroba wieńcowa, Zawał serca, Zaburzenia rytmu
- Wada serca, Zapalenie mięśnia serca, Dusznosć, ból za mostkiem przy wysiłku (np. przy wchodzeniu po schodach)

TAK ☐ NIE ☐

TAK ☐ NIE ☐

8. Naczynia krwionośne:

- Bóle tyłek przy chodzeniu, żyłaki, zapalenie żył /zakrzepica, owrzodzenie

TAK ☐ NIE ☐

9. Płuca / Drogi oddechowe:

- Zapalenie płuc / oskrzeli, Gruźlica, Astma
- Odma opłucnowa, Rozedma, Przewlekła Obturacyjna Choroba Płóc, Nowotwór

TAK ☐ NIE ☐

TAK ☐ NIE ☐

10. Przewód pokarmowy:

- choroba wrzodowa, zwężenie odźwiernika, zgaga, choroba refluksowa,
- 11. Wątroba: zapalenie, żółtaczka, kamica dróg żółciowych / pęcherzyka, marskość wątroby
- 12. Nerki: zapalenie, kamica, dializy
- 13. Choroby przemiany materii: cukrzyca, dna moczanowa
- 14. Tarczycza: wole, nadczynność, niedoczynność
- 15. Choroby nerwów/psychiczne: Padaczka, Porażenie, niedowład, depresja, częste bóle głowy, utrata przytomności

TAK ☐ NIE ☐

TAK ☐ NIE ☐

TAK ☐ NIE ☐

TAK ☐ NIE ☐

TAK ☐ NIE ☐

TAK ☐ NIE ☐

TAK ☐ NIE ☐

TAK ☐ NIE ☐

TAK ☐ NIE ☐

TAK ☐ NIE ☐

TAK ☐ NIE ☐

inne

21. Inne choroby, urazy, przypadki zgonów w czasie operacji u krewnych (jakie?)

.....

22. (do Pacjenta) Czy jest Pani w ciąży?

NIE WIEM ☐ TAK ☐ NIE ☐

23. Chwiejące się zęby, próchnica, paradontoza

Protezy, mosty, koronki

TAK ☐ NIE ☐

TAK ☐ NIE ☐

Stan uzębienia (wypełnia lekarz)

.....

.....

Podpis i pieczęć

24. Czy pali Pan(i) papierosy?

Jeśli tak, jak dużo dziennie.

Jeśli nie to od kiedy

OŚWIADCZENIE PACJENTA / OPIEKUNA-PRZEDSTAWICIELA PRAWNEGO

☐ Przeczytałem i zrozumiałem treść broszury wyjaśniającej.

☐ Na pytania dotyczące mojego stanu zdrowia i przeszłości chorobowej odpowiedziałem zgodnie z moją najlepszą wiedzą. Zobowiązuję się do przestrzegania udzielonych zaleceń.

Dr:..... przeprowadził(-a) ze mną dzisiaj rozmowę wyjaśniającą problemy znieczulenia do operacji. Podczas tej rozmowy mogłem w sposób nieskrępowany zapytać o wszystkie interesujące mnie problemy nt. znieczulenia (możliwych do zastosowania, metod, ich zalet i wad oraz związanych z tym ryzyka, przygotowania, przebiegu znieczulenia i okresu pooperacyjnego, koniecznych dodatkowych zabiegów jak transfuzje krwi, założenie cewników naczyniowych oraz na związane z nim niezbędne postępowanie (kroplówki, transfuzje krwi i / preparatów krwiopochodnych, leczenie krążeniowe i oddechowe) podczas i po operacji. Zgadzą się na uzasadnione medycznie zmiany lub poszerzenie postępowania anestezyjologicznego (także zmianę rodzaju znieczulenia) Nie mam więcej żadnych pytań. W pełni świadomy zrozumiałem wszystkie przekazane mi informacje.

ZGODA NA ZNIECZULENIE

Niniejszym wyrażam zgodę na znieczulenie:

.....

Data

Czytelny podpis pacjenta