PESEL:

Pacjent: imię: ..... **nazwisko:** ….....

Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach

ANKIETA KWALIFIKACYJNA DO ZNIECZULENIA
dla pacjentów konsultowanych w Poradni Anestezjologicznej

Informacja dla pacjenta
oraz formularz świadomej zgody na znieczulenie

Szanowni Państwo!

Informacje zawarte w tej ankiecie mają na celu właściwe przygotowanie chorego do znieczulenia. Znieczulenie jest procedurą bezpieczną, tym niemniej wiele czynników zwiększa ryzyko wystąpienia powikłań. Do czynników tych należą m. in. schorzenia ostre i przewlekłe, alergie, stosowanie dotychczasowego leczenia, 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 dzieci starszych i młodzieży ankietę wypełnia rodzic/ przedstawiciel ustawowy wspólnie z dzieckiem. 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 oraz wysokie ryzyko okołooperacyjne wystąpienia powikłań.

Po przeanalizowaniu ankiety lekarz 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 zgodny na znieczulenie.

RODZAJE ZNIECZULENIA

Znieczulenie ogólne

Jest to kontrolowane i odwracalne zniesienie przytomności, odczuwania bólu i napięcia mięśniowego podczas zabiegu operacyjnego. Znieczulenie ogólne porównać można do głębokiego snu stąd popularna nazwa: narkoza lub zasypianie. Podczas znieczulenia ogólnego niezbędne jest przejęcie kontroli nad oddychaniem pacjenta przez maskę krtaniową lub rurkę intubacyjną wprowadzoną do gardła i tchawicy już po wprowadzeniu do znieczulenia ogólnego. Używane leki są podawane dożylnie i wziewnie. Przed zaśnięciem podaje się pacjentowi do oddychania tlen przez maskę twarzową.

Jak każda procedura medyczna, znieczulenie ogólne niesie ryzyko powikłań tj. senność, nudności, wymioty, ból gardła, trudności w oddychaniu, zachłyśnięcie treścią żołądkowa, chrypka, kaszel, niezamierzone uszkodzenie strun głosowych, zębów, wargi, języka, śluzówki jamy ustnej, tchawicy, rogówki oka, śródoperacyjne wybudzenie, przedłużone budzenie pooperacyjne, zaburzenia krążeniowe: rytmu serca i ciśnienia tętniczego krwi, nasilenie zmian niedokrwiennych serca łącznie z zawałem serca, zmiany niedokrwienie i niedotlenienie mózgu, zaburzenia temperatury ciała, zaburzenia metaboliczne a także reakcje uczuleniowe na zażywane leki, nietypowe reakcje w tym gorączka złośliwa.

Najpoważniejsze powikłania tj. zatrzymanie krążenia, niedotlenienie mózgu i zgon za bardzo rzadkie i dotyczą szczególnie chorych obciążonych nasilonymi przewlekłymi schorzeniami. Rzetelne poinformowanie lekarza anestezjologa o przebytych chorobach, uczuleniach, reakcjach niepożądanych na leki i dokładne przestrzeganie zaleceń przedoperacyjnych znacznie zmniejsza ryzyko powikłań.

PESEL:

Pacjent: imię: ..... **nazwisko:** ….....

Znieczulenie przewodowe: zewnątrzoponowe i podpajęczynówkowe

Polegają na podaniu leku znieczulającego miejscowo do kanału kręgowego i czasowym zniesieniu odczuwania bólu, dotyku a także siły mięśniowej i możliwości poruszania kończynami dolnymi. Jest to znieczulenie wystarczające do przeprowadzenia operacji kończyn dolnych, krocza i dolnej części brzucha bez zniesienia przytomności operowanego chorego. Czas trwania takiego znieczulenia wynosi ok. 2-4 godziny. Czas trwania znieczulenia zewnątrzoponowego można przedłużyć umieszczając cewnik w kanale kręgowym w celu podawania kolejnych dawek lub wlewu ciągłego leku znieczulającego.

Powikłaniami znieczulenia przewodowego mogą być: bóle głowy, nudności i wymioty, trudności w oddawaniu moczu, bóle okolicy lędźwiowej, przejściowe podrażnienie nerwów: zaburzenia czucia, mrowienie, osłabienie kończyn, zburzenia krążeniowe: rytmu serca, ciśnienia tętniczego krwi, nietypowe i alergiczne reakcje na leki, zakażenia w miejscu wkłucia lub układu nerwowego, krwiak kanału kręgowego, trwale uszkodzenie nerwów, porażenie kończyn dolnych, zatrzymanie krążenia, zgon. Najcięższe powikłania występują rzadko. Rzetelne podanie informacji o wcześniejszych schorzeniach, reakcjach niepożądanych na leki i powikłaniach znieczuleń wśród członków rodziny pozwala znacznie zmniejszyć ryzyko powikłań.

Blokada splotów nerwowych lub nerwów obwodowych

Polega na podaniu leków znieczulających miejscowo w okolice splotów i nerwów obwodowych. Powoduje to przejściową utratę odczuwania bólu i zmniejszenia siły mięśniowej w obszarze ciała, w którym ma być wykonana operacja.
Powikłaniem tego rodzaju znieczulenia mogą być: przejściowe podrażnienie nerwów objawiające się zaburzeniami czucia, mrowieniem, osłabieniem siły mięśniowej, powstanie krwiaka w miejscu wkłucia, zaburzenia krążeniowe, odma opłucnowa, reakcje alergiczne w tym wstrząs anafilaktyczny, zatrzymanie krążenia, zgon i inne rzadkie powikłania.

Analgosedacja

Polega na podaniu choremu leków uspokajających, nasennych i przeciwbólowych, tak aby chory mógł samodzielnie oddychać, utrzymać logiczny kontakt słowny ale znacznie ograniczyć odczuwanie bólu, lęku i niepokoju podczas zabiegu chirurgicznego – często w znieczuleniu miejscowym lub regionalnym. Głęboka analgosedacja może wymagać przejścia w znieczulenie ogólne.

Oddział: ….....….....

TERMIN PRZYJĘCIA: ..……..……..……..……..

Nazwisko: …..... **Imię**: ….....

Lat: ……. Wzrost: …..... cm Waga: …..... kg CTK: …….. HR: …….

1. Czy leczy się Pan(i) ostatnio? [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM
2. Jeśli tak, to na jakie schorzenie? .....

.....

.....

.....

3. Jakie leki obecnie Pan(i) przyjmuje? .....
.....

.....

.....

4. Czy był(a) Pan(i) już operowany(a)? [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM
   a).....w roku.....
   b)..... w roku.....
   c)..... w roku.....
5. Jakie znieczulenia już Pan(i) przechodził(a)?
   a) ogólne [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM
   b) podpajęczynówkowe/ zewnątrzoponowe [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM
   c) miejscowe [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM
6. Czy dobrze zniósł(a) Pan(i) znieczulenie? [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM
7. Czy miał(a) Pan(i) transfuzję krwi? [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM
   a) kiedy? .....
   b) czy dobrze Pan(i) zniosła transfuzję? [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM
8. Choroby serca (zawał, zapalenie, niedokrwienie m. sercowego, wada)
   [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM
9. Choroby krążenia (ciśnienie krwi wysokie, niskie, omdlenie, zmęczenie, duszność)
   [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM
10. Choroby naczyń (żylaki, bóle łydek przy chodzeniu, złe ukrwienie kończyn, zapalenie żył)
    [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM
11. Choroby płuc (gruźlica, zapalenie płuc, rozedma, pylica) [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM
12. Choroby dróg oddechowych(astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli)
    [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM
13. Choroby żołądka (zapalenie, choroba wrzodowa) [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM
14. Choroby wątroby (żółtaczka, zastój, stłuszczenie) [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM
15. Choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamienie nerkowe, trudności w oddawaniu moczu)
    [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM
16. Choroby przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa)
    [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM
17. Choroby tarczycy (wole obojętne, nadczynność, niedoczynność tarczycy)
    [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM
18. Choroby oczu (jaskra) [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM
19. Choroby nerwów (porażenia, drgawki, udar) [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM
20. Zmiany nastroju (depresja, nerwica) [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM
21. Choroby układu szkieletowego (bóle korzonkowe, zwyrodnienia kręgosłupa, stawów, osłabienie mięśni) [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM
22. Choroby krwi i układu krzepnięcia (skłonność do krwawień siniaków)
    [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM

23. Uczulenia (katar sienny, wysypka, uczulenia na pokarm, leki, plaster, jodynę)
[ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM

24. Inne schorzenia nie wymienione powyżej [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM
jakie?.....
.....

25. Czy nosi Pan(i) protezy zębowe, szkła kontaktowe [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM

26. Czy Pan(i) pali papierosy? [ ] TAK [ ] NIE
a) jeśli tak to ile?.....
b) od kiedy już nie?.....

27. Czy pije Pan(i) alkohol? [ ] NIE [ ] rzadko [ ] niewiele
[ ] regularnie [ ] regularnie dużo

28. Czy zażywa Pan(i) środki uspakajające lub nasenne? [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM
jakie?.....
.....

29. Czy w rodzinie zdarzyły się przypadki nagłego zgonu w trakcie operacji?
[ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM

30. Czy w rodzinie występowały choroby mięśni? [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM

Dotyczy kobiet:

31. Czy jest Pani w ciąży? [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM

32. Czy zażywa Pani leki antykoncepcyjne? [ ] TAK [ ] NIE

Wypełnić w przypadku dzieci do końca 2 roku życia:

33. Przebieg ciąży: która ciąża - ..... który poród -..... , w którym tygodniu życia -.....

34. Poród: [ ] niepowikłany [ ] powikłany

35. Punktacja APGAR: .....

36. Czy dziecko przebywało w oddziale intensywnej terapii? W inkubatorze?

37. Szczepienia: [ ] TAK wg kalendarza szczepień
[ ] NIE – jeśli nie to dlaczego .....
Data ostatniego szczepienia: .....

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że wyżej podane informacje są prawdziwe. Zdaję sobie sprawę, że zatajenie lub podanie nieprawidłowych informacji może spowodować stan bezpośredniego zagrożenia życia u osoby znieczulanej.

.....	.....	.....
Data	Podpis przedstawiciela ustawowego *	Podpis pacjenta

** W przypadku osób do 16-go roku życia oświadczenie podpisuje przedstawiciel ustawowy*
W przypadku osób w wieku od 16-go do 18-go roku życia oświadczenie podpisuje przedstawiciel ustawowy oraz pacjent

PESEL:

Pacjent: imię: ..... **nazwisko:** ….....

OCENA ANESTEZJOLOGICZNA

Odchylenia w badaniach laboratoryjnych:

….....

.....

.....

Ryzyko ASA: **I** **II** **III** **IV** **V** **E**

Skala Mallampatiego: **I** **II** **III** **IV**

Odległość tarczowo-bródkowa: ….....…

Ryzyko okołooperacyjne:
[ ] przeciętne
[ ] powyżej przeciętnej
[ ] wysokie
[ ] bardzo wysokie

Proponowane znieczulenie:
[ ] ogólne
[ ] blokada splotów nerwowych lub nerwów obwodowych
[ ] podpajęczynówkowe
[ ] zewnątrzoponowe
[ ] krótkie dożylne
[ ] znieczulenie całkowite dożylne (TIVA)
[ ] analgosedacja

Uwagi anestezjologa, zlecone badania i konsultacje:

….....

.....

.....

…..... …..

Data Podpis anestezjologa

PESEL:

Pacjent: imię: ..... **nazwisko:** ….....

KWALIFIKACJA DO ZNIECZULENIA

[ ] ogólne
[ ] blokada splotów nerwowych lub nerwów obwodowych
[ ] podpajęczynówkowe [ ] zewnątrzoponowe
[ ] krótkie dożylne [ ] znieczulenie całkowite dożylne (TIVA)
[ ] analgosedacja

Ryzyko ASA: I II III IV V E

Ryzyko okołooperacyjne:
[ ] przeciętne
[ ] powyżej przeciętnej
[ ] wysokie
[ ] bardzo wysokie

Tryb zabiegu: [ ] planowy [ ] przyspieszony [ ] pilny [ ] nagły

Uwagi anestezjologa i premedykacja:
….....

.....

.....

ZGODA NA ZNIECZULENIE

Uzyskałem/-łam pełną informację dotyczącą proponowanego znieczulenia i postępowania okołooperacyjnego. Otrzymałem/-łam wyczerpujące odpowiedzi na pytania, dotyczące znieczulenia i postępowania okołooperacyjnego.

…….. ….....
Data Podpis pacjenta

.....
Podpis przedstawiciela ustawowego *

….....
Podpis i pieczątka anestezjologa

Podpisanie tego formularza przez Pacjenta jest niemożliwe z powodu …..

** W przypadku osób do 16-go roku życia zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy*
W przypadku osób w wieku od 16-go do 18-go roku życia zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy oraz pacjent