

PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Zadaniem anestezjologa jest zapewnienie największego bezpieczeństwa i komfortu pacjentowi podczas zabiegów operacyjnych lub diagnostycznych. Anestezjolog troszczy się o zniesienie bólu przez podanie leków przeciwbólowych lub znieczulenie ogólne (narkozę) pacjenta. Pewne zabiegi można przeprowadzić w znieczuleniu regionalnym (przewodowym) obejmującym tylko określoną część ciała. Znieczulenie takie tylko w niewielkim stopniu obciąża organizm. Wbrew obawom niektórych pacjentów znieczulenie regionalne w okolicy kręgosłupa (rdzeniowe, nadoponowe) niezwykle rzadko powoduje uszkodzenie nerwów. Anestezjolog nadzoruje czynność organizmu podczas zabiegu 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. Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania. A następnie podpisać zgodę na znieczulenie.

IMIĘ I NAZWISKO	TELEFON KONTAKTOWY	WIEK	WAGA	WZROST
-----------------	--------------------	------	------	--------

Data operacji	Rodzaj planowanej operacji	Nazwisko chirurga lub miejsce gdzie odbędzie się operacja
---------------	----------------------------	---

Proszę **podkreślić** lub **wziąć w kółko** właściwą odpowiedź: „tak , nie , nie wiem ”.

Przy odpowiedzi „tak” proszę **podkreślić** nazwę podanej w nawiasie choroby lub udzielić szczegółowej odpowiedzi wpisując ją w wykropkowanym miejscu.

-Czy leczy się Pan(i) na jakieś schorzenia? *tak nie nie wiem*

-Jakie leki Pan(i) przyjmuje?

-Czy był(a) Pan(i) operowana? *tak nie nie wiem*

Jakie to były operacje, w którym roku?

-Czy dobrze zniósł(a) Pan(i) znieczulenia? *tak nie nie wiem*

-Czy miał(a) Pan(i) transfuzje krwi? *tak nie nie wiem*

-Jeśli tak to czy były przy tych transfuzjach jakieś komplikacje? *tak nie nie wiem*

Czy przechodził(a) Pan(i) następujące choroby:

-Choroby serca (*niedokrwienie, zawał, zaburzenia rytmu, wada*)..... *tak nie nie wiem*

-Jeśli był zawał to kiedy?

-Choroby krążenia (*nadciśnienie, niedociśnienie, szybkie męczenie się*) ? *tak nie nie wiem*

-Choroby naczyń (*miażdżyca, tętniaki, żylaki, bóle łydek przy chodzeniu, marznięcie nóg, skurcze łydek, złe ukrwienie kończyn, zapalenie żył*) *tak nie nie wiem*

-Choroby płuc (*zapalenie, rozedma, astma oskrzelowa, POChP*) *tak nie nie wiem*

-Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, zgaga, zapalenie żołądka *tak nie nie wiem*

-Choroby wątroby lub trzustki (zapalenie wątroby, zapalenie trzustki, żółtaczkę, choroby woreczka żółciowego, niewydolność wątroby) *tak nie nie wiem*

-Choroby nerek, pęcherza (zapalenie, kamienie nerkowe, nietrzymanie moczu) *tak nie nie wiem*

-Cukrzyca na insulinie, cukrzyca na tabletkach? *tak nie nie wiem*

-Porfiria, tężyczka, choroby nadnerczy? *tak nie nie wiem*

-Choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, powiększona tarczyca) *tak nie nie wiem*

-Jaskra? *tak nie nie wiem*

-Udar mózgowy, drgawki, padaczka, chor. Parkinsona , SM, porażenia nerwów *tak nie nie wiem*

-Depresja, nerwica, omdlenia *tak nie nie wiem*

-Choroby kręgosłupa, kości, stawów *tak nie nie wiem*

Jeśli tak to jakie to choroby?

-Czy u Pana(i) lub w rodzinie występują choroby mięśni np. miastenia *tak nie nie wiem*

-Czy występuje u Pana (Pani) przedłużone krzepnięcie krwi przy skaleczeniach? *tak nie nie wiem*

-Czy ma Pan(i) skłonność do siniaków? *tak nie nie wiem*

-Uczulenia na antybiotyki, leki przeciwbólowe, inne leki? *tak nie nie wiem*

.....

-Uczulenie na soję, białko jaja kurzego, mleko, orzeszki ziemne, plaster, jodynę, alergeny wziewne? *tak nie nie wiem*

-Jak się objawia ewentualne uczulenie?

-Czy ma Pan(i) nasilony odruch wymiotny? *tak nie*

-Czy nosi Pan(i) protezy zębowe, szkła kontaktowe? *tak nie*

-Czy ma Pan(i) założone kolczyki (nie dotyczy kolczyków w uszach) *tak nie*

Jeśli tak to gdzie?

-Czy pali Pan(i) papierosy?ile sztuk *tak nie*

-Czy pije Pan(i) alkohol regularnie? *tak nie*

-Czy zażywa Pan(i) leki uspokajające lub nasenne? *tak nie*

Jeśli tak to jakie?

-Czy bierze Pan(i) jakieś narkotyki? *tak nie*

-Czy jest Pani w ciąży? *tak nie nie wiem*

-Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę? Jestem po menopauzie

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Dr przeprowadził ze mną rozmowę wyjaśniającą problem znieczulenia do operacji. Podczas tej rozmowy mogłem(am) pytać o wszystkie interesujące mnie problemy dotyczące znieczulenia, związanego z nim ryzyka oraz innych okoliczności okołoperacyjnych. Wszystko zrozumiałem(am), nie mam więcej pytań i wyrażam zgodę na znieczulenie oraz towarzyszące temu postępowanie przed, w czasie i po zabiegu. Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany postępowania anestezjologicznego w tym zmianę rodzaju znieczulenia.

Oświadczam, że w czasie ostatnich sześciu godzin poprzedzających operację nie spożywałem(am) żadnych pokarmów. Nie przyjmowałem(am) również żadnych płynów w czasie ostatnich dwóch godzin poprzedzających operację.

Oświadczam, że w czasie 24 godz. po operacji nie będę prowadzić samochodu ani obsługiwać urządzeń mechanicznych. Zachowam szczególną ostrożność w sytuacjach wymagających szybkich reakcji. Do domu udam się w towarzystwie dorosłego opiekuna.

podpis lekarza

podpis pacjenta