



Mazowiecki Szpital Onkologiczny

ul. Kościelna 61, 05-135 Wieliszew

tel. 22 766 15 00, faks 22 766 15 99

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Nazwisko i imię :

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rozpoznanie.....

Zabieg operacyjny.....

INFORMACJA DLA PACJENTA

Karta zawiera podstawowe wiadomości dotyczące znieczulenia do zabiegów endoskopowych i związanych z nimi powikłań. Prosimy uważnie przeczytać i podpisać kartę u dołu strony. Dodatkowe pytania prosimy kierować do konsultującego Pana/Panią lekarza anestezjologa. Prawidłowe i szczegółowe poinformowanie lekarza w trakcie badania o stanie zdrowia, istniejących lub przebytych chorobach, przyjmowanych lekach i ewentualnych zabiegach operacyjnych pozwoli na zredukowanie ryzyka powikłań związanych ze znieczuleniem.

Przed planowym zabiegiem Pacjent powinien pozostać na czczo, to znaczy:

- 6 godzin przed zabiegiem nie jeść pokarmów o stałej konsystencji, nie żuć gumy
- 2 godziny przed zabiegiem nie pić żadnych płynów

W okresie od 6 godzin do 2 godzin przed zabiegiem można przyjmować umiarkowane ilości klarownych, niegazowanych płynów (najlepiej woda niegazowana, herbata, sok jabłkowy lub winogronowy) z wyjątkiem kawy i mleka.

Znieczulenie ogólne dożylnie

Znieczulenie ogólne dożylnie to znieczulenie podczas którego dożylnie są podawane leki wywołujące całkowitą bezbolesność, głęboki sen oraz zniesienie reakcji odruchowych na bodźce bólowe. Pacjent oddycha samodzielnie.

Do możliwych powikłań znieczulenia ogólnego dożylnego należą:

- nieprzewidziana reakcja na leki,
- podanie leków poza żyłę (pęknięcie żyły),
- reakcja alergiczna do wstrząsu anafilaktycznego włącznie,
- niewydolność oddechowa,
- uszkodzenie zębów, mechaniczne uszkodzenie warg, języka (do tej sytuacji może dojść podczas udrożnienia dróg oddechowych, np. podczas intubacji),
- niedotlenienie wynikające ze skurczu krtani, oskrzeli, utrudnionej lub niemożliwej intubacji mogące skutkować nieodwracalnym uszkodzeniem mózgu,
- zachłyśnięcie treścią pokarmową – szczególnie częste, gdy znieczulenie wykonywane jest przed upływem 6 godzin od ostatniego posiłku – mogące powodować zapalenie lub obrzęk płuc, co stanowi stan zagrożenia życia,
- gwałtowny wzrost lub spadek ciśnienia tętniczego krwi,
- zaburzenia rytmu serca,
- niewydolność układu krążenia mogąca spowodować zatrzymanie krążenia i zgon.





Mazowiecki Szpital Onkologiczny

ul. Kościelna 61, 05-135 Wieliszew

tel. 22 766 15 00, faks 22 766 15 99

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Ryzyko wystąpienia powikłań zwiększa się wraz z: wiekiem pacjenta (znacznie wzrasta po 80 roku życia), chorobami współistniejącymi (otyłość, nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa serca, cukrzyca, choroby tarczycy, astma oskrzelowa i przewlekła obturacyjna choroba płuc, niewydolność nerek) oraz u pacjentów z chorobą nowotworową w trakcie chemo- i radioterapii.

Zabiegi w trybie pilnym są obciążone większą możliwością wystąpienia powikłań.

UWAGA:

W dniu zabiegu w znieczuleniu ogólnym dożylnym pacjent powinien być pod opieką osoby towarzyszącej, nie powinien prowadzić pojazdów mechanicznych, ani podejmować żadnych ważnych życiowo decyzji.

Powyższe informacje dotyczące technik znieczulania i związanych z nimi powikłań przeczytałem i były dla mnie zrozumiałe.

Wieliszew,.....
(data)

✓.....
(podpis pacjenta)

Przedstawiciel ustawowy

Imię:

Nazwisko:

.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

..... PESEL:

Wieliszew, dnia r.

.....





Mazowiecki Szpital Onkologiczny

ul. Kościelna 61, 05-135 Wieliszew

tel. 22 766 15 00, faks 22 766 15 99

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Nazwisko i imię :

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wzrost : Waga : Zawód :

Szanowni Państwo,

Informacje uzyskane dzięki odpowiedziom na poniższe pytania pozwolą anestezjologowi wybrać najbardziej odpowiedni sposób znieczulenia i zwiększą Państwa bezpieczeństwo przed, w trakcie i po zabiegu.

Konieczn

ANKIETA		WŁAŚCIWE OTOCZYĆ OBWÓDKĄ		
Czy leczy się Pan/i z powodu jakichś chorób? Jeśli tak to proszę wymienić:		TAK	NIE	NIE WIEM
Czy przyjmuje Pan/i leki? Jeśli tak to proszę wymienić:		TAK	NIE	NIE WIEM
Czy jest Pan/i uczulony/a (alergia)? Jeśli tak to na co? Objawy ew. alergii		TAK	NIE	NIE WIEM
Czy był/a Pan/i operowany/a znieczulany, jeśli tak to jakiego powodu?		TAK	NIE	NIE WIEM
Czy wystąpiły u Pana/i powikłania , problemy związane ze znieczuleniem? Jakie?		TAK	NIE	NIE WIEM
Czy u Pana/i krewnych wystąpiły powikłania związane ze znieczuleniem ? Jakie ?		TAK	NIE	NIE WIEM
Czy miał Pan/i przetaczaną krew, ew. kiedy ? Czy były powikłania ?		TAK	NIE	NIE WIEM
Czy jest Pani w ciąży?	NIE DOTYCZY	TAK	NIE	NIE WIEM
Czy stosuje Pani hormonalne środki antykoncepcyjne ?	NIE DOTYCZY	TAK	NIE	NIE WIEM
Stan jamy ustnej: ruchome zęby, protezy		TAK	NIE	NIE WIEM
Czy choruje Pan/i obecnie lub chorował/a wcześniej na wymienione poniżej ? Czy odczuwa Pan/i wymienione poniżej dolegliwości ?				
Choroby/dolegliwości serca (np. zawał serca, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego, bóle w klatce piersiowej, kołatanie serca, duszność, zmniejszona tolerancja wysiłku czyli po przejściu jakiego dystansu się męczy lub na które piętro może wejść bez wysiłku, inne dolegliwości związane z czynnością serca		TAK	NIE	NIE WIEM
Choroby/dolegliwości układu krążenia (np. zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, niewydolność krążenia, bóle łydek przy chodzeniu, obrzęki kończyn dolnych)		TAK	NIE	NIE WIEM
Choroby/dolegliwości płuc (np. POChP, astma oskrzelowa, pylica, rozedma, gruźlica, częste zapalenie płuc, częste zapalenie oskrzeli, duszność, kaszel, inne)		TAK	NIE	NIE WIEM





Mazowiecki Szpital Onkologiczny

ul. Kościelna 61, 05-135 Wieliszew

tel. 22 766 15 00, faks 22 766 15 99

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka/dwunastnicy, zgaga, refluks, zaparcia, biegunki, inne)	TAK	NIE	NIE WIEM
Choroby wątroby (np. marskość, żółtaczka, wirusowe zapalenie wątroby, inne)	TAK	NIE	NIE WIEM
Choroby metaboliczne (np. cukrzyca, dna moczanowa, nadczynność/niedoczynność tarczycy, choroba Hashimoto, nadczynność/ niedoczynność nadnerczy, inne)	TAK	NIE	NIE WIEM
Choroby/ dolegliwości układu nerwowego (np. padaczka, porażenia/ niedowłady, przebyte udary, utraty przytomności, częste bóle głowy, migreny, inne)	TAK	NIE	NIE WIEM
Choroby układu kostno-stawowego (np. reumatoidalne zapalenie stawów, zwyrodnienia, dyskopatia, bóle pleców, kończyn, inne)	TAK	NIE	NIE WIEM
Choroby krwi, zaburzenia krzepnięcia krwi (np. anemia, skłonność do przedłużonego krwawienia, siniaków, wylewów krwawych, inne)	TAK	NIE	NIE WIEM
Choroby układu moczowo-płciowego (np. nerek , pęcherza , prostaty, macicy, jajników, inne)	TAK	NIE	NIE WIEM
Choroby oczu (np. jaskra, zaćma, duże wady wzroku, sztuczne soczewki, inne)	TAK	NIE	NIE WIEM
Choroby psychiczne (np. depresja, nerwica, schizofrenia, inne)	TAK	NIE	NIE WIEM
Inne nie wymienione powyżej choroby lub dolegliwości? Jakież?	TAK	NIE	NIE WIEM
Czy pali Pan/i tytoń (ew. ile)?	TAK	NIE	x
Czy pije Pan/i alkohol (ew. ile)?	TAK	NIE	x
Czy przyjmuje Pan/i środki nasenne, uspokajające, narkotyki, sterydy? Jakież?	TAK	NIE	x

Potwierdzam zgodność powyższych danych ze stanem faktycznym

Wieliszew,.....
(data)

✓
.....
(podpis pacjenta)

Przedstawiciel ustawowy

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wieliszew, dnia r.



Mazowiecki Szpital Onkologiczny

ul. Kościelna 61, 05-135 Wieliszew

tel. 22 766 15 00, faks 22 766 15 99

KONSULTACJA ANESTEZJOLOGICZNA

Nazwisko i imię :

PESEL:

Rozpoznanie.....

Zabieg operacyjny.....

WYWIAD

Alergie:

Choroby układu krążenia:

- NT
 ChNS
 Arytmia
 Żylaki
 Ocena MET ↓4 ↑4

Choroby układu oddechowego:

- Astma oskrzelowa
 POChP
 Gruźlica

Choroby endokrynne i metaboliczne:

- Choroby tarczycy
 Niedoczynność
 Nadczynność
 Choroba Hashimoto
 Cukrzyca
 Insulinooporność
 Zaburzenia gospodarki lipidowej
 Otyłość
BMI

Choroby psychiczne:

- Depresja
 Zaburzenia lękowe

Inne choroby:

Uzależnienia: Nikotyna Alkohol Inne:

Poprzednie hospitalizacje, operacje, znieczulenia:

Przyjmowane leki:

BADANIE PRZEDMIOTOWE

BP HR Warunki wentylacji/ uzębienie

BADANIA LABORATORYJNE

- Grupa krwi Morfologia Elektrolity Glikemia
 Układ krzepnięcia Kreatynina Mocznik TSH

BADANIA DODATKOWE

- EKG RTG klatki piersiowej Echo serca



Mazowiecki Szpital Onkologiczny

ul. Kościelna 61, 05-135 Wieliszew
tel. 22 766 15 00, faks 22 766 15 99

KONSULTACJA ANESTEZJOLOGICZNA

KWALIFIKACJA DO ZNIECZULENIA

Klasyfikacja stanu ogólnego ASA PS:

ASA 1 ASA 2 ASA 3 ASA 4 ASA 5 ASA E

OCENA ZABURZEŃ RYTMU SERCA I POWIKŁAŃ SERCOWO-NACZYNIOWYCH WG LEE*

Operacja wysokiego ryzyka	
Choroba wieńcowa serca	
Zastoinowa niewydolność serca	
Choroba naczyń mózgowych	
Insulinoterapia	
Kreatynina > 2mg/dl	
Za każdą odpowiedź „TAK” 1 pkt	SUMA:pkt
Grupa ryzyka*: <input type="checkbox"/> 0 bardzo niskie <input type="checkbox"/> 1 niskie 2 umiarkowane <input type="checkbox"/> ≥ 3 wysokie	

Pacjent/ pacjentka: zakwalifikowany/a do IVA niezakwalifikowany/a do IVA

Zalecenia przed znieczuleniem:

- modyfikacja przyjmowania leków:

UWAGI:

Data:.....

Podpis i pieczętka lekarza anestezjologa:

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA/ PACJENTKI NA ZNIECZULENIE

Oświadczam, że podczas rozmowy z lekarzem anestezjologiem podałem/podałam pełne i zgodne z prawdą informacje na temat mojego stanu zdrowia, istniejących lub przebytych chorobach, przyjmowanych lekach, przebytych operacjach i zabiegach oraz chorobach występujących w mojej rodzinie.

Oświadczam, że zapoznałem/ zapoznałam się z powyższym formularzem a w szczególności z informacjami o mogących wystąpić powikłaniach oraz o potencjalnym ryzyku związanym ze znieczuleniem.

W moim przypadku ryzyko powikłań związanych ze znieczuleniem oceniono jako:

niskie umiarkowane wysokie

Udzielono mi w sposób dla mnie zrozumiały wszelkich wyjaśnień, o które prosiłem/ prosiłam. Na tej podstawie

wyrażam zgodę **nie wyrażam zgody**

na **znieczulenie ogólne dożylnie** jak również na towarzyszące temu postępowanie medyczne (monitorowanie, infuzje, leczenie krążeniowe, leczenie oddechowe) w czasie i po zabiegu. Zgadzam się na medyczne uzasadnione zmiany oraz rozszerzenie postępowania anestezjologicznego.

.....
data

.....
podpis pacjenta/pacjentki

.....
podpis i pieczętka lekarza anestezjologa