

**UNIwersytecki Szpital Kliniczny**

IM. JANA MIKULICZA -RADECKIEGO WE WROCLAWIU

50-556 WROCLAW UL. BOROWSKA 213

**KATEDRA I KLINIKA ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII**

TEL. (71) 733 23 10

**KIEROWNIK KLINIKI: DR HABIL. WALDEMAR GOZDZIK PROF. UMW**

KODY RESORTOWE: CZ. I-0000018589, CZ. V-96, CZ. VII-405

Data badania: .....

Data zabiegu: .....

Klinika: .....

ROZPOZNANIE / ZABIEG: ..... / .....

**PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA**

Zadaniem lekarza anestezjologa jest zapewnienie bezpieczeństwa i komfortu pacjentowi podczas zabiegów operacyjnych i diagnostycznych. Lekarz anestezjolog troszczy się o zniesienie bólu i proponuje Panu(i) takie znieczulenie, które będzie najbardziej korzystne, najmniej wpłynie na funkcjonowanie organizmu i będzie najlepiej dostosowane do planowanego zabiegu. Ponadto lekarz anestezjolog podczas i po zabiegu nadzoruje czynność organizmu (mózgu, serca, płuc, nerek) i natychmiast leczy zaburzenia, które mogą wystąpić.

Znieczulenie może być przeprowadzone w różny sposób - jako znieczulenie ogólne (narkoza, uśpienie), zaś pewne zabiegi można przeprowadzić w znieczuleniu regionalnym (przewodowym), obejmującym tylko określoną część ciała. Znieczulenia przewodowe – centralne (nadoponowe, podpajęczce) czy obwodowe (nasiętkowe, blokada splotu nerwowego) - tylko w niewielkim stopniu obciążają organizm.

Prosimy o przeczytanie i wypełnienie ankiety przedoperacyjnej. Ankieta poniższa służy do zebrania informacji, aby wybrać najbardziej korzystny rodzaj znieczulenia. Lekarz anestezjolog zakwalifikuje Pana(ią) do znieczulenia i zadecyduje o jego rodzaju. Pana(i) współpraca przyczyni się do optymalnego przebiegu znieczulenia.

Podczas rozmowy z lekarzem anestezjologiem prosimy o stawianie dalszych pytań i podpisanie zgody na znieczulenie dopiero w jego obecności.

Wszystkie uzyskane od Pana(i) informacje zostaną zachowane jako część poufnych danych klinicznych.

Nazwisko: ..... Imię: .....

PESEL: ..... Data urodzenia: ..... Wzrost: ..... Waga: .....

Zawód wyuczony/wykonywany .....

**PROSZĘ O PODKREŚLENIE SCHORZENIA I POSTAWIENIE X W ODPOWIEDNIEJ KRATCE.****PROSZĘ WPISAĆ NA KAŻDEJ STRONIE IMIĘ I NAZWISKO**

**Imię i nazwisko pacjenta:** .....

1. CZY JEST/BYŁ(A) PAN(I) UCZULONY(A) NA LEKI, PLASTER, LATEX, JODYNĘ, POKARMY, PYŁKI ROŚLINNE, KURZ? **TAK**  **NIE**  **NIE WIEM**
2. CZY LECZY SIĘ PAN(I) OSTATNIO? **TAK**  **NIE**  **NIE WIEM**   
JEŚLI TAK, TO NA JAKIE SCHORZENIA? .....
- JAKIE LEKI OBECNIE PAN(I) PRZYJMUJE (DAWKI)? .....
3. CZY BYŁ(A) PAN(I) OPEROWANY(A)? **TAK**  **NIE**  **NIE WIEM**   
KIEDY I NA CO? .....
4. CZY DOBRZE ZNIÓSŁ(A) PAN(I) ZNIECZULENIE? **TAK**  **NIE**  **NIE WIEM**
5. CZY KIEDYKOLWIEK W RODZINIE WYSTĄPIŁY PROBLEMY ZE ZNIECZULENIEM? **TAK**  **NIE**  **NIE WIEM**
6. CZY MIAŁ(A) PAN(I) TRANSFUZJĘ KRWI? **TAK**  **NIE**  **NIE WIEM**   
KIEDY?.....  
.....  
CZY DOBRZE ZNIÓSŁ(A) PAN(I) TRANSFUZJĘ KRWI? **TAK**  **NIE**  **NIE WIEM**
7. CHOROBY SERCA (ZAWAŁ, NIEDOKRWIENIE MIĘŚNIA SERCOWEGO, KORONAROGRAFIA, STENTY, ZABURZENIA RYTMU SERCA, ROZRUSZNIK SERCA, KARDIOWERTER, DEFIBRYLATOR). KIEDY..... **TAK**  **NIE**  **NIE WIEM**
8. CHOROBY KRAŻENIA (CIŚNIENIE KRWI WYSOKIE - NISKIE, OMDLENIA, ZMĘCZENIE, DUSZNOŚCI) **TAK**  **NIE**  **NIE WIEM**
9. CHOROBY NACZYŃ (ŻYLAKI, ZAPALENIE ŻYŁ, BÓLE ŁYDEK PRZY CHODZENIU, ZŁE UKRWIENIE KOŃCZYN) **TAK**  **NIE**  **NIE WIEM**
10. CHOROBY KRWI I UKŁADU KRZEPNIĘCIA (SKŁONNOŚĆ DO KRWAWIEŃ, SINIAKÓW, ZAKRZEPICA, ZATOROWOŚĆ) **TAK**  **NIE**  **NIE WIEM**
11. CHOROBY PŁUC I DRÓG ODDECHOWYCH (GRUŻLICA, ZAPALENIE PŁUC, ROZEDMA, PYLICA, ASTMA, POCHP, SARKOIDOZA). KIEDY?..... **TAK**  **NIE**  **NIE WIEM**
12. CHOROBY ŻOŁĄDKA (ZAPALENIE, CHOROBA WRZODOWA, REFLUX) **TAK**  **NIE**  **NIE WIEM**
13. CHOROBY WĄTROBY (PRZEBYTA ŻÓLTACZKA TYPU B LUB C, STŁUSZCZENIE WĄTROBY, MARSKOŚĆ WĄTROBY, KAMICA ŻÓLCIOWA, ŻÓLTACZKA MECHANICZNA). KIEDY?..... **TAK**  **NIE**  **NIE WIEM**
14. CHOROBY UKŁADU MOCZOWEGO (ZAPALENIE NEREK, KAMICA NERKOWA, TRUDNOŚCI W ODDAWANIU MOCZU, PRZEROST PROSTATY, ZAKAŻENIE DRÓG MOCZOWYCH) **TAK**  **NIE**  **NIE WIEM**
15. CHOROBY PRZEMIANY MATERII (CUKRZYCA, DNA MOCZANOWA) **TAK**  **NIE**  **NIE WIEM**
16. CHOROBY TARCZYCY (WOLE OBOJĘTNE, NADCZYNNYŚĆ TARCZYCY, NIEDOCZYNNYŚĆ TARCZYCY) **TAK**  **NIE**  **NIE WIEM**
17. CHOROBY OCZU (NP. JASKRA, NIEDOWIDZENIE, ZAĆMA) **TAK**  **NIE**  **NIE WIEM**

Imię i nazwisko pacjenta: .....

18. CHOROBY NERWÓW (PORAŻNIENIA, DRGAWKI, PRZEBYTY UDAR, NIEDOWŁADY, PADACZKA, MIASTENIA, MIGRENA). KIEDY? ..... TAK  NIE  NIE WIEM

19. ZABURZENIA STANU PSYCHICZNEGO (ZMIANY NASTROJU, DEPRESJA, NERWICA, INNE). JAKIE? ..... TAK  NIE  NIE WIEM

20. CHOROBY UKŁADU SZKIELETOWEGO (NP. BÓLE KORZONKOWE, ZMIANY ZWYRODNIENIOWE KRĘGOSŁUPA, STAWÓW, PROTEZY STAWÓW) ..... TAK  NIE  NIE WIEM

21. INNE SCHORZENIA NIE WYMIENIONE POWYŻEJ. JAKIE? ..... TAK  NIE  NIE WIEM

22. CZY MA PAN(I) RUSZAJĄCE SIĘ ZĘBY, PROTEZY ZĘBOWE, IMPLANTY ZĘBOWE, APARAT ORTODONTYCZNY, APARAT SŁUCHOWY, SZKŁA KONTAKTOWE, TATUAŻE, PIERCING? ..... TAK  NIE

23. CZY PAN(I) PALI? ..... TAK  NIE   
JEŚLI TAK TO ILE NA DOBĘ? ..... LICZBA PACZKOLAT: ..... OD KIEDY JUŻ NIE? .....

24. Czy pije Pan(i) alkohol? NIE  RZADKO / NIEWIELE  REGULARNIE  REGULARNIE DUŻO

25. CZY BYŁ(A) PAN(I) LECZONA Z POWODU CHOROBY ALKOHOLOWEJ (AA)..... TAK  NIE

26. CZY ZAŻYWA PAN(I) LEKI USPOKAJAJĄCE, NASENNE, NARKOTYKI? JAKIE? ..... TAK  NIE

27. (DOTYCZY KOBIET) CZY JEST PANI W CIĄŻY? ..... TAK  NIE  NIE WIEM   
KIEDY MIAŁA PANI OSTATNIĄ MIESIĄCZKĘ? .....

.....  
DATA, GODZINA I PODPIS LEKARZA ANESTEZJOLOGA

.....  
DATA, GODZINA I PODPIS PACJENTA

### ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA

OŚWIADCZAM, ŻE ZOSTAŁEM(AM) POINFORMOWANY(A) O:

- CHARAKTERZE, CELU I PROPONOWANYM SPOSOBIE PRZEPROWADZENIA ZNIECZULENIA;
- OCZEKIWANYCH KORZYŚCIACH I MOŻLIWYCH ODLEGŁYCH SKUTKACH ZNIECZULENIA;
- SPOSOBIE POSTĘPOWANIA PRZED (KARENCA POKARMOWA, LEKI) I PO ZNIECZULENIU;
- PRZEWIDYWANYCH NASTĘPSTWACH, MOŻLIWYCH POWIKŁANIACH I RYZYKU ZNIECZULENIA;
- MOŻLIWOŚCI EWENTUALNEGO ZASTOSOWANIA INNEGO SPOSOBU POSTĘPOWANIA ORAZ O EWENTUALNEJ KONIECZNOŚCI POSZERZENIA LUB ZMIANY METODY ZNIECZULENIA;
- SKUTKACH ODMOWY WYRAŻENIA ZGODY NA ZNIECZULENIE.

OŚWIADCZAM, ŻE W TRAKCIE ROZMOWY Z LEKARZEM ..... MIAŁEM(AM) MOŻLIWOŚĆ ZADANIA WSZELKICH PYTAŃ DOTYCZĄCYCH ZNIECZULENIA. INFORMACJA O PROPONOWANYM ZNIECZULENIU JEST DLA MNIENIE JASNA, WYCZERPUJĄCA I ZROZUMIAŁA. POINFORMOWAŁEM(AM) LEKARZA O PRZEBYTYCH CHOROBYCH, ZABIEGACH I STOSOWANYCH LEKACH. **NIE MAM WIĘCEJ PYTAŃ.**

### ZGODA NA ZNIECZULENIE

WYRAŻAM ZGODE

NIE WYRAŻAM ZGODY

.....  
NA ZNIECZULENIE OGÓLNE

.....  
NA ZNIECZULENIE REGIONALNE

DO ZABIEGU .....  
I NA TOWARZYSZĄCE TEMU POSTĘPOWANIE (INFUZJE, TRANSFUZJE, LECZENIE KRAŻENIOWE, ODDECHOWE) W CZASIE I PO ZABIEGU. ZGADZAM SIĘ NA UZASADNIONE MEDYCZNIE ZMIANY LUB ROZSZERZENIE POSTĘPOWANIA ANESTEZJOLOGICZNEGO (W TYM NA ZMIANĘ RODZAJU ZNIECZULENIA, A W PRZYPADKU KONIECZNYM NA LECZENIE W ODDZIALE INTENSYWNEJ TERAPII)

.....  
DATA, GODZINA I PODPIS LEKARZA

.....  
DATA, GODZINA I PODPIS PACJENTA

UWAGI LEKARZA: .....

Imię i nazwisko pacjenta: .....

### KOŃCOWE BADANIE ANESTEZJOLOGICZNE

Temperatura: ..... Ciśnienie tętnicze: ..... / ..... Tętno: .....

Badanie układu krążenia: .....

Badanie układu oddechowego: .....

Problemy specyficzne: .....

Badania laboratoryjne: Hb ..... Ht ..... Płytki krwi ..... Na ..... K ..... Cukier ..... Mocznik ..... Kreatynina .....

Protrombina ..... APTT ..... INR .....

#### KONSULTACJA LEKARSKA

Ryzyko (ASA): ..... Grupa krwi: ..... Proszę o zabezpieczenie: Krew ....., Osocze: .....

#### SKALA KRUCHOŚCI: .....

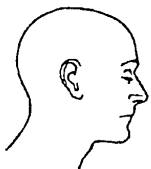
#### OCENA TRUDNOŚCI INTUBACJI



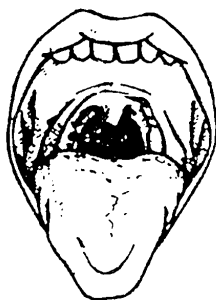
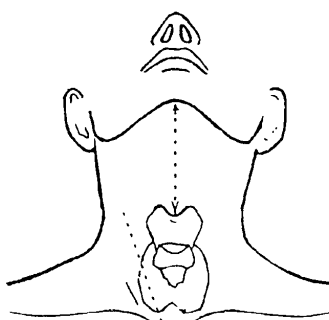
	NIE	TAK
OGRANICZONE PRZYGIĘCIE GŁOWY		



	NIE	TAK
OGRANICZONE ODGIĘCIE GŁOWY		



	NIE	TAK
DUŻA ZUCHWA		
MAŁA ZUCHWA		



	NIE	TAK
NIEDROŻNE PRZEWODY NOSOWE		
WĄSKI KĄT PODBRÓDKOWY		
OBRZĘK POD BRODĄ		
ODLEGŁOŚĆ BRÓDKA-WCIĘCIE CHRZĄSTKI TARCZOWEJ < 6 cm		
PRZEMIESZCZENIE TCHAWICY		
OBRZĘK SZYI		
BLIZNY NA SZYI		
ANTESTERNAL MASS		

	NIE	TAK
OGRANICZONE OTWARCIE UST		
WĄSKA SZPARA UST		
MAŁA JAMA USTNA		
ŻŁE WIDOCZNE ŁUKI PODNIEBIENNE		
DUŻY JĘZYK		
ROZSZCZEP PODNIEBIENIA (WARGI)		
DŁUGIE ZĘBY		

PREMEDYKACJA: .....