



## ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

| Dane Pacjenta <i>(wypełnia opiekun prawny)</i> |       |   |         |   |   |  |  |  |           |  |  |  |
|--|-------|---|---------|---|---|--|--|--|-----------|--|--|--|
| Imię i nazwisko                                |       |   |         |   |   |  |  |  | nr PESEL* |  |  |  |
| Data urodzenia:                                |       | / |         | / |   |  |  |  |           |  |  |  |
|  | Dzień | / | Miesiąc | / | Rok   |  |  |  |           |  |  |  |
| Adres zamieszkania                             |       |   |         |   |   |  |  |  |           |  |  |  |
| Ciężar ciała [kg]:                             |       |   |         |   | Wzrost [cm]:                                |  |  |  | ASA       |  |  |  |
| Rozpoznanie                                    |       |   |         |   | Rodzaj zabiegu/<br>procedury diagnostycznej |  |  |  |           |  |  |  |

\* w przypadku noworodka- nr PESEL matki; Przy braku nr PESEL- nazwa i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

**Zabiegi operacyjne i niektóre procedury diagnostyczne u dzieci przeprowadzane są w znieczuleniu. Za wykonanie znieczulenia i bezpieczeństwo pacjenta w trakcie zabiegu i w okresie pooperacyjnym, odpowiedzialny jest lekarz anestezjolog.**

Rodzaj znieczulenia jest dostosowany do rodzaju procedury medycznej, wieku i stanu zdrowia dziecka.

Poniższa ankieta służy zebraniu szczegółowych informacji na temat stanu zdrowia Państwa dziecka, przebytych chorób oraz wcześniejszych zabiegów operacyjnych.

Prosimy o uważne zapoznanie się z poniższą ankietą przed rozmową z anestezjologiem i zaznaczenie TAK/NIE. Prosimy o podanie dodatkowych szczegółów tam, gdzie jest to konieczne oraz dostarczenie kart wypisowych z poprzednich pobytów szpitalnych i ewentualnych zaświadczeń od specjalistów.

Jeżeli pytanie jest niejasne proszę wyjaśnić wątpliwości w trakcie rozmowy z anestezjologiem.

**Znieczulenie ogólne** oznacza w pełni kontrolowane i odwracalne zniesienie stanu świadomości i zdolności odczuwania bólu. Dziecko w trakcie znieczulenia ogólnego znajduje się w stanie przypominającym głęboki sen.

**Znieczulenie przewodowe** – lek znieczulający zostaje podany w bezpośrednią okolice nerwów powodując zniesienie bólu w określonej części ciała.

Lekarz anestezjolog wybiera postępowanie najbardziej korzystne dla danego pacjenta i rodzaju planowanej procedury często łącząc ze sobą różne metody znieczulenia.

### Ryzyko związane ze znieczuleniem

Każdemu znieczuleniu, tak jak każdej procedurze medycznej, towarzyszy ryzyko wystąpienia powikłań. Obecnie, dzięki stosowaniu nowoczesnych metod znieczulenia ciężkie i zagrażające życiu powikłania zdarzają się bardzo rzadko, nawet u dzieci obciążonych poważną chorobą. Szczegółowe informacje na temat możliwych powikłań uzyskacie Państwo podczas rozmowy z lekarzem anestezjologiem.

### Przerwa żywieniowa

Przed planowanym znieczuleniem konieczne jest wstrzymanie karmienia i pojenia. Biorąc pod uwagę bezpieczeństwo Państwa dziecka prosimy o bezwzględne przestrzeganie następujących zaleceń:

- przerwa żywieniowa powinna wynosić:
    - u noworodków i niemowląt karmionych mlekiem matki - **3 godziny**
    - u noworodków i niemowląt karmionych mieszankami mlecznymi - **4 godziny**
    - u dzieci starszych - **6 godzin**
  - pojenie wodą dozwolone jest do **1 godziny** przed znieczuleniem
- Jeżeli Państwa dziecko przyjmuje leki przewlekle, sposób ich podania w okresie okołoperacyjnym zostanie ustalony z lekarzem anestezjologiem.

Nazwisko i imię pacjenta:

| <b>Informacje o stanie zdrowia</b><br>(nie dotyczy przypadku ponownego znieczulenia w trakcie tej samej hospitalizacji)                         |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Czy Państwa dziecko rozwija się prawidłowo?   | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Czy jest coś, co sprawia mu problemy (np. trudności z poruszaniem, zaburzenia połykania, niedosłuch, inne)?                                     | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Jeżeli TAK to, jakie?   |                              |                              |
| Czy Państwa dziecko ma orzeczenie o niepełnosprawności?   | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Jeżeli TAK , to z jakiego powodu?   |                              |                              |
| Czy Państwa dziecko było wcześniej znieczulane do zabiegu operacyjnego lub procedury diagnostycznej?  | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Jeżeli TAK to, kiedy i z jakiego powodu?  |                              |                              |
| Czy w trakcie dotychczasowych znieczuleń wystąpiły jakieś problemy (np. kłopoty z wybudzaniem, wymioty, problemy z oddychaniem, chrypka, inne)? | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Jeżeli TAK to, jakie?   |                              |                              |
| Czy u Państwa lub krewnych były jakieś problemy związane ze znieczuleniem?  | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Jeżeli TAK to, kiedy, jakie, u kogo?  |                              |                              |
| Czy Państwa dziecko jest pod stałą opieką lekarza specjalisty?  | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Jeżeli TAK to z jakiego powodu?   |                              |                              |
| Jak często Państwa dziecko choruje na przeziębienia, anginę, zapalenie uszu, zapalenia oskrzeli/ płuc, inne ? Kiedy ostatnio ?                  |                              |                              |
| Czy opiekunowie dziecka palą papierosy?   | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Czy Państwa dziecko przyjmuje obecnie jakieś leki?  | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Nazwa, dawka, ile razy?   |                              |                              |
| Czy Państwa dziecko jest szczepione zgodnie z kalendarzem szczepień?  | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Czy było szczepione w ciągu ostatnich 2 tygodni?  | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| <b>Czy u Państwa dziecka kiedykolwiek wystąpiły następujące problemy:</b>   |                              |                              |
| Problemy z oddychaniem (np. świszczący oddech, ciężki oddech, duszność)   | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| W jakich okolicznościach (np. infekcja, wysięk, sen, karmienie, inne) ?   |                              |                              |
| Głośnie chrapanie, bezdechy w nocy  | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Sinica (sine usta, paznokcie)   | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

**Nazwisko i imię pacjenta:**

|  |                              |                              |   |                              |                              |          |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|---|------------------------------|------------------------------|----------|------------------------------|------------------------------|
| Uczulenie/ alergia – katar , uporczywy kaszel, zmiany na skórze                                |                              | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE            |                              |                              |          |                              |                              |
| Jeżeli TAK to, na jakie substancje, w jakich okolicznościach?                                  |                              |                              |   |                              |                              |          |                              |                              |
| Astma oskrzelowa   |                              | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE            |                              |                              |          |                              |                              |
| Problemy z sercem (wada serca, zaburzenia rytmu, szmer, inne)                                  |                              | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE            |                              |                              |          |                              |                              |
| Jakie, kiedy?  |                              |                              |   |                              |                              |          |                              |                              |
| Padaczka   | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | Napad padaczki w ostatnich 6 miesiącach | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |          |                              |                              |
| Drgawki gorączkowe   | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | Inne choroby układu nerwowego           | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |          |                              |                              |
| Jakie?   |                              |                              |   |                              |                              |          |                              |                              |
| Utrata przytomności  | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | Uraz głowy                              | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |          |                              |                              |
| Cukrzyca   | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | Choroby tarczycy                        | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |          |                              |                              |
| Inne zaburzenia hormonalne   |                              | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE            |                              |                              |          |                              |                              |
| Jakie?   |                              |                              |   |                              |                              |          |                              |                              |
| Choroby nerek, dróg moczowych  |                              | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE            |                              |                              |          |                              |                              |
| Jakie, kiedy ?   |                              |                              |   |                              |                              |          |                              |                              |
| Choroby wątroby (zapalenie, żółtaczka, inne)   |                              | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE            |                              |                              |          |                              |                              |
| Jakie, kiedy?  |                              |                              |   |                              |                              |          |                              |                              |
| Samoistne krwawienia z nosa, dziąseł, przedłużone krwawienia po skaleczeniach                  |                              | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE            |                              |                              |          |                              |                              |
| Problemy z krwawieniem u Państwa krewnych?   |                              | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE            |                              |                              |          |                              |                              |
| Jakie, u kogo?   |                              |                              |   |                              |                              |          |                              |                              |
| Problemy z zębami (np. ruszające się zęby, zmiany próchnicze, aparaty ortodontyczne, protezy ) |                              | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE            |                              |                              |          |                              |                              |
| Jakie, kiedy?  |                              |                              |   |                              |                              |          |                              |                              |
| <b>Czy u dziecka lub u Państwa krewnych rozpoznano/podejrzewano?</b>                           |                              |                              |   |                              |                              |          |                              |                              |
| Choroby mięśni   | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | Hipertermię złośliwą                    | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | Porfirię | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Jeżeli inne, to, jakie?  |                              |                              |   |                              |                              |          |                              |                              |
| <b>Wywiad okołoporodowy</b>  |                              |                              |   |                              |                              |          |                              |                              |
| Wiek urodzeniowy/ciężar ciała przy urodzeniu   |                              |                              | Punktacja Apgar                         |                              |                              |          |                              |                              |
| Problemy zdrowotne w okresie okołoporodowym  |                              |                              | Wady genetyczne/wrodzone                |                              |                              |          |                              |                              |
| Czy macie Państwo inne uwagi dotyczące stanu zdrowia dziecka?                                  |                              | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE            |                              |                              |          |                              |                              |
| Jakie?   |                              |                              |   |                              |                              |          |                              |                              |

Nazwisko i imię pacjenta:

## Badanie anestezyjologiczne i kwalifikacja do znieczulenia

Górne drogi oddechowe prawidłowe

TAK

NIE

Podjęzienie trudnej intubacji

Istotne odchylenia w badaniu fizykalnym dziecka

TAK

NIE

Jakie?

Badania laboratoryjne:

Hb ..... Ht ..... Płytki krwi ..... Protrombina .....

APTT ..... INR .....

Inne .....

**KWALIFIKACJA DO  
ZNIECZULENIA:**

Zakwalifikowany do znieczulenia ogólnego

Zakwalifikowany do znieczulenia  
regionalnego

Zakwalifikowany do blokady centralnej

Uwagi (dodatkowe badania i konsultacje):

Ryzyko (ASA): ..... Grupa krwi: .....

Proszę o zabezpieczenie: Krew ..... , Osocze: .....

Nazwisko i imię pacjenta:

## ZGODA NA ZNIECZULENIE I ZWIĄZANE Z NIM ZABIEGI

**Po przeprowadzonej rozmowie z lekarzem anestezjologiem i wyjaśnieniu wszelkich wątpliwości proszę podpisać zgodę na znieczulenie.**

**Zgoda obejmuje również znieczulenia wielokrotnie powtarzane w czasie pojedynczej hospitalizacji.**

**W przypadku jakiegokolwiek zmiany w stanie zdrowia dziecka proszę o tym poinformować lekarza anestezjologa.**

Oświadczam, że:

- Zostały mi wyjaśnione: sposób znieczulenia dziecka, ryzyko proponowanej metody znieczulenia, alternatywne sposoby postępowania, wszelkie możliwe do przewidzenia powikłania, okoliczności zwiększające ryzyko wystąpienia powikłań, zabiegi przygotowujące oraz towarzyszące (w tym prawdopodobieństwo przetaczania krwi).
- Miałam/em możliwość zadawania pytań. Na moje pytania uzyskałam/em całkowite i w pełni zrozumiałe wyjaśnienia.
- Przed rozpoczęciem leczenia operacyjnego udzieliłam/em lekarzowi pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które zostały zadane przez lekarza w trakcie wywiadu lekarskiego.
- Zostałam/Zostałem powiadomiony/powiadomiona o zasadach karencji żywieniowej obowiązującej przed planowym zabiegiem operacyjnym.
- Zostałam/Zostałem poinformowany/poinformowana, że w dniu planowanego zabiegu operacyjnego dziecko nie może manifestować objawów infekcji górnych i dolnych dróg oddechowych, a od ustąpienia objawów ostatniej takiej infekcji powinno upłynąć co najmniej dwa tygodnie.

Po wnikliwym namyśle wyrażam zgodę na:

- Zastosowanie, proponowanego naszemu dziecku, sposobu znieczulenia.
- Wykonanie zabiegów koniecznych do przeprowadzenia znieczulenia

Zrozumiałam/em, że:

- Znieczulenie będzie wykonane przez lekarza Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
- Dodatkowe zabiegi uzasadnione potrzebami medycznymi zostaną wykonane tylko w razie bezwzględnej potrzeby, dla dobra mojego dziecka.
- Istnieje ryzyko wystąpienia powikłań w trakcie znieczulenia, o których zostałam/em poinformowana/y.

*Uwaga o ewentualnym ograniczeniu zgody na proponowane procedury medyczne związane ze znieczuleniem.*

|  |  |                  |  |
|--|--|------------------|--|
| Imię i nazwisko rodzica/<br>przedstawiciela ustawowego |  | Podpis,<br>data: |  |
| Zgoda pacjenta<br>(jeżeli ukończył 16 lat)             |  | Podpis,<br>data: |  |

|      |                                  |
|------|----------------------------------|
| Data | Pieczętka i podpis anestezjologa |
|------|----------------------------------|