

Przedoperacyjna ankieta anestezyjologiczna

Nazwisko _____ Imię _____

Data urodzenia _____ / _____ / _____ Wzrost _____ Waga _____

Oddział _____

Zadaniem lekarza anestezyjologa jest zapewnienie największego bezpieczeństwa i komfortu pacjentowi podczas zabiegów operacyjnych lub diagnostycznych.

Lekarz anestezyjolog troszczy się o zniesienie bólu przez podanie leków przeciwbólowych lub znieczulenie ogólne (uśpienie). Pewne zabiegi można przeprowadzić w znieczuleniu regionalnym (przewodowym) obejmującym znieczuleniem tylko określoną część ciała.

Znieczulenie takie tylko w niewielkim stopniu obciąża organizm w przeciwieństwie do znieczulenia ogólnego.

Wbrew obawom niektórych pacjentów znieczulenie regionalne w okolicy kręgosłupa (zewnątrzooponowe lub podpajęczynówkowe) niezwykle rzadko powoduje uszkodzenie nerwów.

Ponadto anestezyjolog nadzoruje podczas każdego zabiegu czynność organizmu (serce, ciśnienie, układ oddechowy) i natychmiast leczy występujące powikłania.

Ankieta przedoperacyjna służy do zebrania informacji, na podstawie których możliwe będzie wybranie najbardziej korzystnego postępowania anestezyjologicznego.

Pani/Pana współpraca przyczyni się do optymalnego przebiegu znieczulenia.

Prosimy bardzo dokładnie odpowiedzieć na podane na odwrocie pytania:

Wszystkie niejasności prosimy poruszyć podczas rozmowy z lekarzem anestezyjologiem i w jego obecności podpisać z g o d ę na znieczulenie.

Wskazówki dla pacjentów, którzy są leczeni krócej niż jedną dobę :

- 1. Powstrzymać się od jedzenia i picia 6-8 godzin (dzieci 4 godz.) przed znieczuleniem.*
- 2. Zapewnić sobie opiekę odpowiedzialnej osoby dorosłej przez następne 24 godz. po opuszczeniu szpitala.*
- 3. Powstrzymać się od prowadzenia jakichkolwiek pojazdów przez 24 godziny po znieczuleniu*

WYPEŁNIA LEKARZ ANESTEZJOLOG

RODZAJ ZABIEG _____

RODZAJ ZNIECZULENIA _____ RYZYKO ASA _____

PREMEDYKACJA _____

GRUPA KRWI _____ ZAMÓWIONA KREW _____ ml OSOCZE _____ ml

TEMPERATURA _____ CIŚNIENIE TĘTNICZE _____ / _____ TĘTNO _____

ODDCHYLENIA W BADANIACH LABORATORYJNYCH, RTG,EKG, INNE _____

OCENA TRUDNOŚCI INTUBACYJNYCH _____

INNE PROBLEMY _____

Proszę przeczytać pytania i zaznaczyć stosowną odpowiedź

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1) Czy leczy się Pani/Pan ostatnio? | Tak | Nie |
| 2) Jeśli tak, to na jakie schorzenia? _____ | | |
| 3) Jakie leki Pani/Pan obecnie przyjmuje _____ | | |
| 4) Czy była/był Pani/Pan operowana/y? | Tak | Nie |
| a) w roku _____ | | |
| b) w roku _____ | | |
| 5) Czy dobrze zniósł Pani/Pan znieczulenie | Tak | Nie |
| 6) Czy miała/ł Pani/Pan transfuzję krwi | Tak | Nie |
| a) kiedy? _____ | | |
| b) czy dobrze zniosła/zniósł Pani/Pan transfuzję? | Tak | Nie |
| 7) Czy choruje chorowała/ł Pani/Pan na: | | |
| - choroby serca (zawał zapalenie, niedokrwistość m. sercowego, wada) | Tak | Nie |
| - choroby krążenia (ciśnienie krwi wysokie, niskie, omdlenia, duszności zmęczenie) | Tak | Nie |
| - choroby naczyń (żylaki bóle łydek przy chodzeniu, złe ukrwienie kończyn, zapalenie żył) | Tak | Nie |
| - choroby płuc (gruźlica, zapalenie płuc, rozedma, pylica) | Tak | Nie |
| - choroby dróg oddechowych (astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli) | Tak | Nie |
| - choroby żołądka (zapalenie, choroba wrzodowa) | Tak | Nie |
| - choroby wątroby (żółtaczką, zastój, stłuszczenie wątroby) | Tak | Nie |
| - choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamienie nerkowe) | Tak | Nie |
| - choroby przemiany materii (cukrzyca, dna) | Tak | Nie |
| - choroby tarczycy (wole obojętne, nadczynność, niedoczynność) | Tak | Nie |
| - choroby oczu (jaskra) | Tak | Nie |
| - choroby nerwów (porażenie, drgawki, udar) | Tak | Nie |
| - choroby nastroju (np. depresja, nerwice) | Tak | Nie |
| - choroby układu szkieletowego (np. bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, osłabienie-mięśni) | Tak | Nie |
| - choroby krwi i układu krzepnięcia (skłonność do krwawień, siniaków, zakrzepica naczyń) | Tak | Nie |
| 8) Uczulenia (katar sienny, wysypka, uczulenia pokarmowe, leki, plaster, jodyna) Tak | | Nie |
| Inne schorzenia, nie wymienione powyżej. Jakie? _____ | | |
| 9) Czy Pani jest w ciąży? | Tak | Nie |
| 10) Czy nosi Pani/Pan protezy zębowe - wyjmowane | Tak | Nie |
| 11) Czy nosi Pani/Pan szkła kontaktowe, posiada protezę oka | Tak | Nie |
| 12) Czy Pani/Pan pali? Jeśli tak, to ile? | Tak | Nie |
| 13) Czy zażywa Pan(-i) środki nasenne lub uspakajające | Tak | Nie |
| Jakie i ile? _____ | | |

Poznań, dnia _____

Podpis pacjenta

Podpis lekarza anestezjologa