UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY
IM. JANA MIKULICZA -RADECKIEGO WE WROCŁAWIU
50-556 WROCŁAW UL. BOROWSKA 213
KATEDRA I KLINIKA ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII
TEL.(71)733 23 10
KIEROWNIK KLINIKI: DR HABIL. WALDEMAR GOŹDZIK 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 zaproponuje 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, podpajęcze) czy obwodowe (nasiękowe, 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? KIEDY?..... **TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐**

   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 KRĄŻENIA (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 (GRUŹLICA, 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 ŻÓŁTACZKA TYPU B LUB C, STŁUSZCZENIE WĄTROBY, MARSKOŚĆ WĄTROBY, KAMICA ŻÓŁCIOWA, ŻÓŁTACZKA 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, NADCZYNNOŚĆ TARCZYCY, NIEDOCZYNNOŚĆ TARCZYCY) **TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐**
17. CHOROBY OCZU (NP. JASKRA, NIEDOWIDZENIE, ZAĆMA) **TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐**
18. CHOROBY NERWÓW (PODRAŻNIENIA, DRGAWKI, PRZEBYTY UDAR, NIEDOWŁADY, PADACZKA, MIASTENIA, MIGRENA).KIEDY?..... **TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐**

Imię i nazwisko pacjenta: .....

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? **TAK ☐ NIE ☐**
    JAKIE? .....
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 (KARENCJA 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 MNIE JASNA, WYCZERPUJĄCA I ZROZUMIAŁA. POINFORMOWAŁEM(AM) LEKARZA O PRZEBYTYCH CHOROBACH, ZABIEGACH I STOSOWANYCH LEKACH. **NIE MAM WIĘCEJ PYTAŃ**.

ZGODA NA ZNIECZULENIE

WYRAŻAM ZGODĘ ☐ **NIE WYRAŻAM ZGODY** ☐

NA ZNIECZULENIE OGÓLNE ☐ NA ZNIECZULENIE REGIONALNE ☐

DO ZABIEGU .....
I NA TOWARZYSZĄCE TEMU POSTĘPOWANIE (INFUZJE, TRANSFUZJE, LECZENIE KRĄŻENIOWE, 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 .....

Uwagi: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

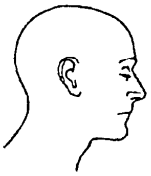
RYZYKO (ASA): ..... Grupa krwi: ..... Proszę o zabezpieczenie: Krew ..... , Osocze: .....

SKALA KRUCHOŚCI: .....

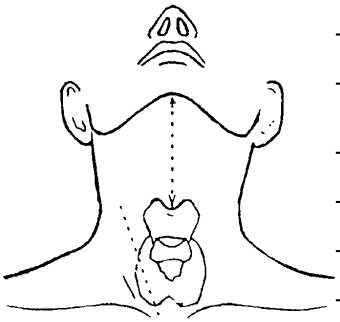
OCENA TRUDNOŚCI INTUBACJI

	NIE	TAK
OGRANICZONE PRZYGIĘCIE GŁOWY		

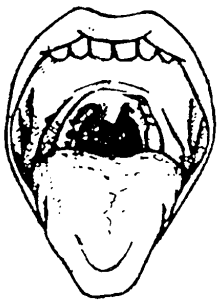
	NIE	TAK
OGRANICZONE ODGIĘCIE GŁOWY		



	NIE	TAK
DUŻA ŻUCHWA		
MAŁA ŻUCHWA		



	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		
ŹLE WIDOCZNE ŁUKI PODNIEBIENNE		
DUŻY JĘZYK		
ROZSZCZEP PODNIEBIENIA (WARGI)		
DŁUGIE ZĘBY		

PREMEDYKACJA: .....