



.....
Oznaczenie komórki medycznej

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				Nr ks. oddz.							
Rozpoznanie					Rodzaj zabiegu/ 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 przewlekłe, sposób ich podania w okresie okołoperacyjnym zostanie ustalony z lekarzem anestezjologiem.

Nazwisko i imię pacjenta:

Informacje o stanie zdrowia (nie dotyczy przypadku ponownego znieczulenia w trakcie tej samej hospitalizacji)		
Czy Państwa dziecko rozwija się prawidłowo?	☐ TAK	☐ NIE
Czy jest coś, co sprawia mu problemy (np. trudności z poruszaniem, zaburzenia połykania, niedosłuch, inne)?	☐ TAK	☐ NIE
Jeżeli TAK to, jakie?		
Czy Państwa dziecko ma orzeczenie o niepełnosprawności?	☐ TAK	☐ NIE
Jeżeli TAK , to z jakiego powodu?		
Czy Państwa dziecko było wcześniej znieczulane do zabiegu operacyjnego lub procedury diagnostycznej?	☐ TAK	☐ 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)?	☐ TAK	☐ NIE
Jeżeli TAK to, jakie?		
Czy u Państwa lub krewnych były jakieś problemy związane ze znieczuleniem?	☐ TAK	☐ NIE
Jeżeli TAK to, kiedy, jakie, u kogo?		
Czy Państwa dziecko jest pod stałą opieką lekarza specjalisty?	☐ TAK	☐ 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?	☐ TAK	☐ NIE
Czy Państwa dziecko przyjmuje obecnie jakieś leki?	☐ TAK	☐ NIE
Nazwa, dawka, ile razy?		
Czy Państwa dziecko jest szczepione zgodnie z kalendarzem szczepień?	☐ TAK	☐ NIE
Czy było szczepione w ciągu ostatnich 2 tygodni?	☐ TAK	☐ NIE
Czy u Państwa dziecka kiedykolwiek wystąpiły następujące problemy:		
Problemy z oddychaniem (np. świszczący oddech, ciężki oddech, duszność)	☐ TAK	☐ NIE
W jakich okolicznościach (np. infekcja, wysięk, sen, karmienie, inne) ?		
Głośne chrapanie, bezdechy w nocy	☐ TAK	☐ NIE
Sinica (sine usta, paznokcie)	☐ TAK	☐ NIE

Nazwisko i imię pacjenta:

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

DATA I CZYTELNY PODPIS PACJENTA

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/ przedstawiciela ustawowego		Czytelny podpis, data i godzina:	
Zgoda pacjenta (jeżeli ukończył 16 lat)		Czytelny podpis, data i godzina:	

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

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:

.....
Data i oznaczenie lekarza anestezjologa