

KARTA KWALIFIKACYJNA DZIECKA DO ZNIECZULENIA WRAZ ZE ZGODĄ NA ZNIECZULENIE

KARTA KWALIFIKACYJNA DZIECKA DO ZNIECZULENIA
WRAZ ZE ZGODĄ NA ZNIECZULENIE

Pacjent:, ur.:

Nr Hist:, oddz: PESEL Masa ciała

Część 1

Wypełniają rodzice lub opiekun prawny pacjenta:

ANKIETA DLA RODZICÓW

Odpowiedzi na poniższe pytania pozwolą lekarzowi w doborze odpowiedniego znieczulenie dla Waszego dziecka.

Jeśli posiada Pan/i KARTĘ/Y WYPISOWĄ/E wcześniejszego leczenia dziecka – proszę dostarczyć do wglądu.

PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE ODPOWIEDZI NA WSZYSTKIE PYTANIA PONIŻSZEGO KWESTIONARIUSZA.

zaznaczając **kółkiem** odpowiednią odpowiedź: **TAK = T**; **NIE = N**

Czy dziecko choruje na choroby przewlekłe? jeśli tak , jakie:	N	T
Czy dziecko urodziło się przedwcześnie? Jeśli tak , ile tygodni ciąży w chwili porodu:	N	T
Czy dziecko jest uczulone na pokarm, leki lub inne substancje (np. plaster?), alergeny wziewne np. pyłki? Jeśli tak , Jakie:	N	T
Rodzaj (zaznacz właściwe): pokrzywka, wysypka, wydzielina z nosa, łzawienie, duszność, Inne:		
Dotyczy dziewcząt miesiączkujących, data ostatniej miesiączki:		
Czy dziewczynka może być w ciąży?	N	T
Czy dziecko ma lub miało w ciągu ostatnich 2 tyg. objawy infekcji? (np. kaszel, katar, gorączkę)	N	T
Czy w ciągu ostatnich 6 tyg. dziecko miało zapalenie płuc lub oskrzeli?	N	T
Czy dziecko było leczone z powodu zapalenia krtani lub nagłośni?	N	T
Czy dziecko ma astmę lub nadreaktywność oskrzeli?	N	T
Czy dziecko ma lub miało gruźlicę?	N	T

Czy było leczone z powodu duszności?	N	T
Czy dziecko męczy się łatwiej w czasie wysiłku od rówieśników)?	N	T
Czy dziecko choruje na serce?	N	T
Czy dziecko choruje na choroby mięśni lub nadmierną wiotkość mięśni?	N	T
Czy w rodzinie dziecka występują choroby mięśni lub wiotkość mięśni?	N	T
Jeśli tak: kto (stopień pokrewieństwa)? jakie schorzenie?	N	T
Czy dziecko chorowało za żółtaczkę zakaźną?	N	T
Czy u dziecka występowały przedłużone krwawienia lub rozległe wylewy podskórne (siniaki) po urazach lub małych zabiegach?	N	T
Czy wśród krewnych dziecka choruje ktoś na choroby związane z zaburzeniami krzepnięcia krwi? Jeśli tak , kto (stopień pokrewieństwa): jakie:	N	T
Czy dziecko choruje na choroby związane z zaburzeniami krzepnięcia krwi?	N	T

KARTA KWALIFIKACYJNA DZIECKA DO ZNIECZULENIA WRAZ ZE ZGODĄ NA ZNIECZULENIE

Czy u dziecka występowały omdlenia?	N	T
Czy kiedykolwiek występowały u dziecka drgawki lub rozpoznano padaczkę?	N	T
Czy u dziecka stwierdzano zaburzenia hormonalne (endokrynologiczne) np. czynności tarczycy, nadnerczy, przysadki?	N	T
Czy dziecko choruje na cukrzycę?	N	T
Czy dziecko ma/miało chorobę wątroby/nerek/inne(jakie)?	N	T
Czy w rodzinie dziecka wystąpiły kiedyś problemy podczas znieczuleń lub operacji?	N	T
Czy dziecko ma ruszające się zęby? jeśli tak , to które:	N	T
Czy dziecko cierpi na chorobę lokomocyjną?	N	T
Czy któryś ze współmieszkańców dziecka pali tytoń?	N	T
Czy dziecko było lub jest pod stałą opieką poradni specjalistycznej? Jeśli tak , Jakiej: Z jakiego powodu:	N	T

Czy dziecko było leczone w szpitalu? Jeśli tak , Kiedy: Gdzie: Z powodu:	N	T
Czy dziecko było operowane? Jeśli tak , Na co:	N	T
Czy dziecko było kiedyś znieczulane (w tym np. u stomatologa)? Jeśli tak , Z powodu:	N	T
Czy podczas tych znieczuleń u dziecka pojawiły się problemy Jeśli tak , Jakie:	N	T
Czy dziecko w ostatnich 6 tyg. miało jakiegokolwiek szczepienie? Jeśli tak , Jakie: Kiedy:	N	T
Czy dziecko w ciągu ostatniego roku przyjmowało leki sterydowe doustne lub dożylnie (np. Hydrokortyzon, Enkorton)? Jeśli tak , Jakie: Kiedy:	N	T
Czy dziecko przyjmuje leki? Jeśli tak , Jakie:	N	T
Czy dziecko choruje na inne choroby nie wymienione w ankiecie? Jeśli tak , Jakie:	N	T

Miejsce na dodatkowe informacje od Rodziców lub komentarz

.....

.....

.....

Proszę poinformować anestezjologa, jeśli dziecko ma: protezy zębowe, aparaty ortodontyczne, szkła kontaktowe. Proszę zdjąć dziecku kolczyki, pierścionki, łańcuszki, metalowe spinki do włosów. Jeśli pacjent ma kolczyki implantowane (niezdejmowalne lub trudnozdejmowalne) w miejscach nietypowych – koniecznie należy poinformować o tym anestezjologa!

Dane zawarte w tej ankiecie stanowią dokument HISTORII CHOROBY, są poufne i objęte tajemnicą lekarską Oświadczam(y), że **ankieta została wypełniona zgodnie z moją najlepszą wiedzą. Rozumiem, że podanie informacji nieprawdziwych lub zatajenie informacji wiązałoby się z ryzykiem dla dziecka.**

Data.....

Podpis rodzica/opiekuna prawnego

Podpis pacjenta >16 rż

KARTA KWALIFIKACYJNA DZIECKA DO ZNIECZULENIA WRAZ ZE ZGODĄ NA ZNIECZULENIE

Część 2

Wypełniana przez lekarza anestezjologa

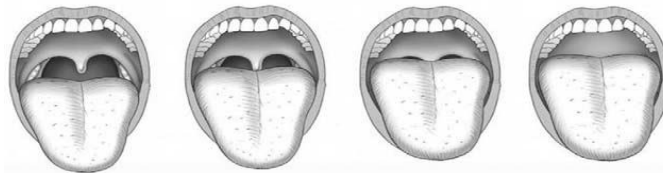
Imię i nazwisko pacjenta..... data urodzenia.....

Pesel..... NKG..... Masa ciała.....

Planowany zabieg

Badanie przedmiotowe

Stan świadomości	Przytomny, w kontakcie	TAK	NIE
Źrenice	Równe, reagujące	TAK	NIE
Układ oddechowy	Oddech własny, wydolny	TAK	Duszność TAK/NIE
	Szmer pęcherzykowy prawidłowy	TAK	NIE
	Wentylowany sztucznie	NIE	TAK
Układ krążenia	HR		Szmer nad sercem TAK/NIE
	Wsparcie inotropowe	NIE	TAK:
Brzuch	Miękki, niebolesny	TAK/NIE	Wątroba: niepowiększona TAK/NIE
INNE			



Mallampati

Istotne odchylenia w badaniach laboratoryjnych:

Indywidualne czynniki ryzyka znieczulenia

Kwalifikacja warunkowa

Zgoda na znieczulenie regionalne TAK / NIE	PREMEDYKACJA

Data

Podpis i pieczęć lekarza

KARTA KWALIFIKACYJNA DZIECKA DO ZNIECZULENIA WRAZ ZE ZGODĄ NA ZNIECZULENIE

Część 3

Pozostawiana w historii choroby

Imię i nazwisko pacjenta..... data urodzenia.....

Pesel..... NKG

Po ocenie dokumentacji medycznej, kwalifikacji do procedury, danych z wywiadu i badania przedmiotowego pacjent został zakwalifikowany do znieczulenia **w trybie planowym/pilnym/nagłym/wskazania życiowe***

z ASA.....zaplanowanego na dzień _____ 20__ r. do

..... (wpisać rodzaj procedury)

* odpowiednie wziąć w kółko

Podpis anestezjologa kwalifikującego

Kwalifikacja warunkowa

.....
.....
.....

Podpis anestezjologa kwalifikującego warunkowo

Planowana procedura (proszę parafować procedury uzgodnione z anestezjologiem):

	100.0	znieczulenie ogólne wziewne i/lub dożylnie
	100.4	znieczulenie regionalne
	100.31	znieczulenie zewnątrzoponowe krzyżowe
	100.32	znieczulenie zewnątrzoponowe lędźwiowe lub piersiowe ciągłe
	100.2	znieczulenie podpajęczynówkowe
	100.1/100.5	Znieczulenie dożylnie/ sedacja
	100.61	Założenie cewnika do tętnicy
	100.62	Założenie cewnika do żyły centralnej
	57.94	Cewnikowanie pęcherza moczowego
		Przetoczenie krwi i środków krwiopochodnych

Każde znieczulenie wiąże się z koniecznością założenia wkłucia obwodowego. Niektóre rozległe procedury w ramach przygotowania pacjenta wymagają wielu dodatkowych czynności także wymienionych w tabeli powyżej.

Przy każdym znieczuleniu pacjent może wymagać poszerzenia zakresu procedur w trybie pilnym.

W przypadku rozległych zabiegów lub powikłań każdego znieczulenia może zaistnieć potrzeba hospitalizacji w Oddziale Intensywnej Terapii (OIT) lub Intensywnej Terapii Pooperacyjnej (POOP).

Dodatkowe informacje o znieczuleniu i uwagi anestezjologa:

.....
.....
.....
.....
.....

Data

Podpis i pieczęć anestezjologa kwalifikującego

KARTA KWALIFIKACYJNA DZIECKA DO ZNIECZULENIA WRAZ ZE ZGODĄ NA ZNIECZULENIE

Imię i nazwisko pacjenta..... data urodzenia

INFORMACJA DLA RODZICÓW

- Znieczulenie będzie wykonane przez lekarza anestezjologa, który decyduje o doborze sposobu znieczulenia.
- Znieczulenie tak jak każda procedura medyczna wiąże się z ryzykiem dla chorego, które zależy od wieku i stanu chorego, rozległości planowanego zabiegu operacyjnego oraz przebiegu zabiegu. Zawsze zwiększa się w przypadku zabiegów ze wskazań nagłych.
 - Najczęstsze, istotne powikłania znieczulenia ogólnego to: **powikłania oddechowe** – skurcz krtani (1.2%), skurcz oskrzeli (1.2%), aspiracja treści pokarmowej (0.1%), stridor pointubacyjny (0,7%). Na ryzyko powikłań oddechowych narażone są przede wszystkim dzieci pon. 6 r.ż – a zwłaszcza poniżej 1 r.ż, znieczulane w ciągu 2 tygodni od infekcji, ze zmianami obturacyjnymi w wywiadzie w ciągu ostatniego roku, chorujące na astmę, bierni palacze, wcześniaki, dzieci gorączkujące i znieczulane w trakcie infekcji, dzieci obciążone wieloma chorobami. *Na podstawie wieloosrodkowego badania Apricot 2014-2015 opublikowane w Lancet Respir Med. 2017.*
 - Inne rzadkie powikłania to: niepożądane działanie leków, anafilaksja, powikłania związane z uzyskaniem dostępu naczyniowego, niedotlenienie, zaburzenia krążeniowe.
 - Powikłania znieczulenia przewodowego zdarzają się niezmiernie **rzadko**. Najczęstsze istotne powikłania znieczulenia przewodowego to: odwracalne powikłania neurologiczne (3,6:10000 znieczuleń), toksyczne działanie leków - w tym drgawki i zatrzymanie krążenia (0,76:10000 znieczuleń) , infekcja (0,76:10000). *Na podstawie An Analysis of More than 10000 Blocks from the Pediatric Anesthesia Network Anesthesiology, V129, No4 721-32*
 - W związku z przebiegiem zabiegu lub znieczulenia może zaistnieć konieczność zmiany/modyfikacji znieczulenia.
 - Dodatkowe zabiegi uzasadnione potrzebami medycznymi zostaną wykonane tylko w razie bezwzględnej potrzeby, dla dobra dziecka.
 - W okresie pooperacyjnym może zaistnieć potrzeba ograniczenia naturalnej ruchliwości dziecka, w przypadku, jeśli zagrażałaby ona jego bezpieczeństwu (tj. groziła wyrwaniem drenów, rurki intubacyjnej, wkłuc etc.). Dotyczy to dzieci małych, niewspółpracujących lub dzieci z problemami psychicznymi i jest stosowany tylko w razie bezwzględnej konieczności podyktowanej dobrem dziecka i tylko tak długo, jak jest to niezbędne.
- W ramach prowadzonego leczenia dziecko może wymagać ekspozycji na promieniowanie RTG.

OŚWIADCZENIE RODZICÓW – ZGODA NA ZNIECZULENIE. (Wypełniają rodzice lub opiekun prawny pacjenta, oraz pacjent >16rż)

Oświadczam(y), że:

- Znany jest mi/nam cel, zakres i rodzaj procedury** wymagającej znieczulenia;
- Rozumiem, że dziecko do zabiegu będzie na czczo**, czyli: nie będzie spożywać pokarmu ani mleka i mieszanek mlecznych przez 6 godzin, mleka kobiecego przez 4 godziny ani pić płynów klarownych (tj. takich, przez które da się przeczytać gazetę) na mniej niż 2 godziny przed znieczuleniem. Gdybym dowiedział/a się, że jest inaczej niezwłocznie poinformuję lekarza. (Nie zawsze możliwe do spełnienia w przypadku operacji ze wskazań nagłych lub życiowych, prosimy o określenie czasu ostatniego posiłku: godz.)
- Uzyskałam(em) od lekarza anestezjologa informacje wyjaśniające postępowanie związane ze znieczuleniem mojego dziecka. Zostały mi wyjaśnione: sposób znieczulenia, zalety i wady proponowanej metody znieczulenia, możliwe powikłania, okoliczności zwiększające ryzyko wystąpienia powikłań, zabiegi przygotowujące oraz towarzyszące, prawdopodobieństwo przetaczania krwi.
- Zrozumiałam(em) wyjaśnienia i miałem możliwość zadania wszystkich interesujących mnie pytań i otrzymałam(em) wyczerpujące odpowiedzi.

Po wnikliwym namyśle **wyrażam świadomą zgodę, aby planowana procedura została przeprowadzona w odpowiednim, dobranym zgodnie z najlepszą wiedzą anestezjologa - znieczuleniu ogólnym i/lub regionalnym** (opisane wyżej w części 2). Zgadzam się również na uzasadnione medyczne postępowanie towarzyszące w tym: przetaczanie płynów, krwi, założenie wkłuc dożylnych oraz, w razie konieczności, zmianę sposobu znieczulenia, hospitalizację w OIT/POOP.

Jednocześnie zgłaszam/nie zgłaszam (niepotrzebne skreślić) następujące ograniczenia towarzyszące postępowaniu medycznemu:

.....

Podpis upoważnionego rodzica lub opiekuna prawnego

Podpis pacjenta >16rż

Warszawa, dnia _____ 20__ roku; godzina: _____ Podpis i pieczęć lekarza przyjmującego zgodę (poniżej)