

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

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

## 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 <b>problemy podczas znieczuleń</b> lub operacji?	N	T
Czy dziecko ma ruszające się zęby? <b>jeśli tak</b> , 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? <b>Jeśli tak</b> , Jakiej: ..... Z jakiego powodu: .....	N	T

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

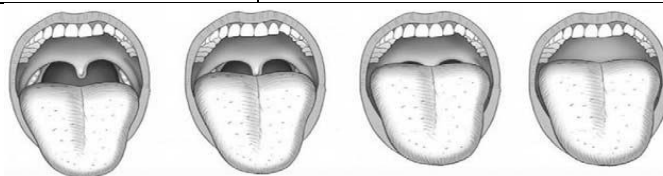
Imię i nazwisko pacjenta..... data urodzenia.....

Pesel..... NKG.....Masa ciała.....

Planowany zabieg .....

Badanie przedmiotowe

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



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 wielośrodkowego 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 &gt;16rż

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