

КВАЛІФІКАЦІЙНА КАРТКА ДИТИНИ НА АНЕСТЕЗІЮ ІЗ ЗГОДОЮ НА АНЕСТЕЗІЮ

КВАЛІФІКАЦІЙНА КАРТКА ДИТИНИ НА АНЕСТЕЗІЮ
ІЗ ЗГОДОЮ НА АНЕСТЕЗІЮ

Пацієнт: народився:

№ Hist:, Відділ: PESEL Вага тіла

Частина 1

Заповнюють батьки пацієнта або законний опікун:

ОПИТУВАННЯ ДЛЯ БАТЬКІВ

Відповіді на наступні питання дозволять лікареві підібрати правильну анестезію для вашої дитини.

Якщо у вас є виписка(и) для попереднього лікування дитини - надайте її на огляд.

ОБЕРІТЬ ВІДПОВІДІ НА НАВЕДЕНІ НИЖЧЕ ЗАПИТАННЯ

позначивши кружком правильну відповідь: **ТАК = Y; НІ = N**

Чи страждає дитина хронічними захворюваннями ? якщо так то що.....	N	T
Дитина народилася передчасно ? Якщо так , то скільки тижнів вагітності при народженні:	N	T
Чи є у дитини алергія на їжу, ліки чи інші речовини (наприклад, пластир?), інгаляційні алергени, наприклад, пилок якщо так то що:	N	T
Тип (перевірте відповідним чином): кропив'янка, висип, виділення з носа, водянисті, задишка, Інший:.....		
Тільки для дівчат з менструацією, Дата останньої менструації:.....		
Чи може дівчина бути вагітною?	N	T
Чи дитина має або чи мала симптоми інфекції протягом останніх 2 тижнів? (наприклад, кашель, нежить, високу температуру)	N	T

Чи дитина хворіла на пневмонію або бронхіт за останні 6 тижнів?	N	T
Чи дитина лікувала від ларингіту чи епіглотиту	N	T
Чи дитина має астму або гіперчутливість бронхів?	N	T
Чи дитина має або хворіла туберкульозом?	N	T
Чи лікували дитину від задишки?	N	T
Чи дитина легше втомлюється під час вправ, ніж її однолітки)?	N	T
Чи є у дитини захворювання серця?	N	T
Чи страждає дитина від м'язової хвороби або надмірної в'ялості м'язів?	N	T

КВАЛІФІКАЦІЙНА КАРТКА ДИТИНИ НА АНЕСТЕЗІЮ ІЗ ЗГОДОЮ НА АНЕСТЕЗІЮ

Чи є у сім'ї дитини проблеми з м'язами чи в'язлість м'язів?	N	T
Якщо так: хто (спорідненість)? яка хвороба?	N	T
Чи хворіла дитина гепатитом?	N	T
Чи була у дитини тривала кровотеча або великий синець (синці) після травми або незначної операції?	N	T
Чи є у сім'ї дитини проблеми пов'язані з порушенням згортання крові? Якщо так, хто (спорідненість): що:	N	T
Чи страждає дитина захворюваннями, пов'язаними з порушенням згортання крові?	N	T

Чи дитина коли-небудь знепритомніла?	N	T
Чи мали коли-небудь у дитини судоми або діагностували епілепсію?	N	T
Чи діагностовано у дитини гормональні (ендокринні) порушення, наприклад, функції щитовидної залози, надниркових залоз або гіпофіза?	N	T
У дитини цукровий діабет?	N	T
Чи є у дитини/хвороба печінки/нирок/інше (яке) захворювання?	N	T
Чи відчували у родині вашої дитини проблеми під час анестезії чи операції?	N	T
У дитини рухливі зуби? якщо так, то які:	N	T

Чи страждає дитина на заколисування?	N	T
Хтось із сусідів дитини по кімнаті курить тютюн?	N	T
Дитина була чи перебуває під наглядом у спеціалізованій клініці? Якщо так, то що: З якої причини:	N	T
Чи лікували дитину в лікарні? Якщо так, то коли: Де: Сплата:	N	T
Чи дитина була оперувана? Якщо так, чому:	N	T
Чи була дитина коли-небудь під наркозом (включаючи, наприклад, стоматолога)? Якщо так, з якої причини: Чи виникли у дитини проблеми під час цієї анестезії? Якщо так, то що:	N	T
Чи дитина мала щеплення за останні 6 тижнів? Якщо так, то яке: Коли:	N	T
Чи дитина приймала пероральні або внутрішньовенні стероїди (наприклад, Гідрокортизон, Енкортон) протягом останнього року? Якщо так, то що: Коли:	N	T
Чи дитина приймає ліки? Якщо так, то що:	N	T
Чи дитина страждає іншими захворюваннями, не зазначеними в анкеті? Якщо так, то що:	N	T

Місце для додаткової інформації від батьків або

коментаря.....

.....

.....

КВАЛІФІКАЦІЙНА КАРТКА ДИТИНИ НА АНЕСТЕЗІЮ ІЗ ЗГОДОЮ НА АНЕСТЕЗІЮ

Будь ласка, повідомте анестезіолога, якщо у Вашої дитини є: зубні протези, брекети, контактні лінзи. Зніміть з дитини сережки, каблучки, ланцюжки, металеві шпильки до волосся. Якщо у пацієнта в нетипових місцях імплантовані сережки (незнімні або важко знімаються) – необхідно повідомити про це анестезіолога!

Дані, що містяться в цій анкеті, є документом ІСТОРІЇ ЗАХВОРЮВАННЯ, є конфіденційними та поширюються на медичну таємницю. Я підтверджую(и), що анкету було заповнено, наскільки мені відомо. Я розумію, **що надання неправдивої інформації або приховування інформації становило б ризик для моєї дитини.**

Підпис батьків / законного опікуна

Підпис пацієнта > 16 років

Дата.....

КВАЛІФІКАЦІЙНА КАРТКА ДИТИНИ НА АНЕСТЕЗІЮ ІЗ ЗГОДОЮ НА АНЕСТЕЗІЮ

Частина 2

Завершується анестезіологом

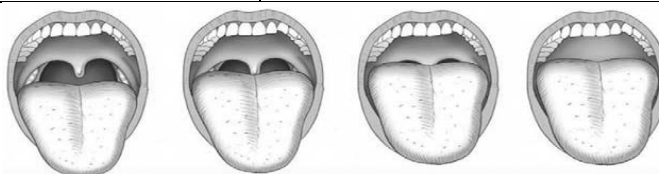
Ім'я та прізвище пацієнта: Дата народження:

PESEL НКГ'..... Вага тіла.....

Планова процедура.

Медичний огляд

Стан свідомості	У свідомості, на зв'язку ТАК	НІ
Учні	Рівний, чуйний ТАК	НІ
Дихальна система	Власне дихання, ефективне ТАК	Задишка ТАК / НІ
	Нормальний бульбашковий шум ТАК	НІ
	Штучна вентиляція НІ	ТАК
Кровоносна система	ЧСС	Шум над серцем ТАК/НІ
	Інотропна підтримка НІ	ТАК:
Живіт	М'який, безболісний ТАК/НІ	Печінка: не збільшена ТАК/НІ
ІНШИЙ		



Малампаті

Істотні відхилення в лабораторних дослідженнях:

Індивідуальні фактори ризику анестезії

Умовна кваліфікація

КВАЛІФІКАЦІЙНА КАРТКА ДИТИНИ НА АНЕСТЕЗІЮ ІЗ ЗГОДОЮ НА АНЕСТЕЗІЮ

Згода на проведення регіональної анестезії ТАК/НІ	ПРЕМЕДИКАЦІЯ

Дата

Підпис і печатка лікаря

КВАЛІФІКАЦІЙНА КАРТКА ДИТИНИ НА АНЕСТЕЗІЮ ІЗ ЗГОДОЮ НА АНЕСТЕЗІЮ

Частина 3

Залишена в історії хвороби

Ім'я та прізвище пацієнта: Дата народження:

PESEL НКГ Вага тіла.....

Після оцінки медичної документації, кваліфікації на процедуру, даних інтерв'ю та фізикального огляду пацієнт був кваліфікований на планову / невідкладну / невідкладну анестезію / показання життя * з АСК заплановано на _____ 20__ року по (введіть тип процедури)

* позначте кружечком правильну відповідь

Підпис анестезіолога, який кваліфікує пацієнта на процедуру

Умовна кваліфікація.....

Підпис анестезіолога, який умовно кваліфікує пацієнта на процедуру

Запланована процедура (будь ласка, ініціюйте процедури, узгоджені з анестезіологом):

	100.0	загальна інгаляційна та/або внутрішньовенна анестезія
	100.4	регіональна анестезія
	100.31	сакральна епідуральна анестезія
	100.32	безперервна поперекова або грудна епідуральна анестезія
	100.2	спинномозкова анестезія
	100.1/100.5	Внутрішньовенна анестезія / седація
	100.61	Введення катетера в артерію
	100.62	Постановка центрального венозного катетера
	57.94	Катетеризація сечового міхура
		Переливання крові та її продуктів

Кожна анестезія вимагає периферичної венепункції. Деякі обширні процедури підготовки пацієнта вимагають багатьох додаткових кроків, також перерахованих у таблиці вище.

При кожній анестезії пацієнту може знадобитися термінове розширення обсягу процедур.

У разі обширного хірургічного втручання або ускладнень від будь-якої анестезії може знадобитися госпіталізація у відділення інтенсивної терапії (ICU) або післяопераційне відділення інтенсивної терапії (POOP).

Додаткова інформація про анестезію та коментарі

анестезіолога:.....

Дата

Підпис анестезіолога, який кваліфікує пацієнта на процедуру

КВАЛІФІКАЦІЙНА КАРТКА ДИТИНИ НА АНЕСТЕЗІЮ ІЗ ЗГОДОЮ НА АНЕСТЕЗІЮ

Ім'я та прізвище пацієнта: Дата народження:
ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ БАТЬКІВ

- Знеболювання буде проводити анестезіолог, який приймає рішення про метод анестезії.
- Анестезія, як і будь-яка медична процедура, пов'язана з ризиком для пацієнта, який залежить від віку та стану пацієнта, обсягу запланованої операції та перебігу процедури. Вона завжди збільшується у разі екстрених процедур.

A. Найчастішими та значущими ускладненнями загальної анестезії є: **респіраторні ускладнення** – ларингоспазм (1,2 %), бронхоспазм (1,2 %), аспірація шлунка (0,1 %) та післяінтубаційний стридор (0,7 %). Діти, які в першу чергу піддаються ризику респіраторних ускладнень 6 років - особливо віком до 1 року, під наркозом протягом 2 тижнів після зараження, з непрохідністю в анамнезі протягом останнього року, хворі на астму, пасивні курці, недоношені діти, діти з лихоманкою та анестезією під час інфекції, діти з багатьма захворюваннями. *На основі багатоцентрового дослідження Apricot 2014-2015, опублікованого в Lancet Respir Med. 2017 рік*

B. Інші рідкісні ускладнення включають побічні реакції на ліки, анафілаксію, ускладнення доступу, гіпоксію та порушення кровообігу.

C. Ускладнення регіонарної анестезії зустрічаються вкрай **рідко**. Найчастішими серйозними ускладненнями регіональної анестезії є: оборотні неврологічні ускладнення (3,6: 10 000 анестезій), лікарська токсичність – включаючи судоми та зупинку серця (0,76: 10 000 анестезій), інфекція (0,76: 10 000). *Адаптовано з аналізу більш ніж 10000 блоків з дитячої анестезіологічної мережі Anesthesiology, V129, №4 721-32*

D. У зв'язку з ходом процедури або анестезії може знадобитися змінити/змінити анестезію.

E. Додаткове лікування, виправдане медичними потребами, проводитиметься лише у разі крайньої необхідності для користі дитини.

F. У післяопераційному періоді може виникнути потреба обмежити природну рухливість дитини, якщо це загрожує її безпеці (тобто ризик виривання дренажів, ендотрахеальної трубки, проколів тощо). Це стосується маленьких дітей, які не співпрацюють або дітей із психічними проблемами, і використовується лише тоді, коли це абсолютно необхідно для досягнення найкращих інтересів дитини і лише доки необхідно.

- У рамках лікування дитини може знадобитися опромінення рентгенівськими променями.

ЗАЯВА БАТЬКІВ - ЗГОДА НА АНЕСТЕЗІЮ. (Заповнюється батьками або законними опікунами пацієнта, а також пацієнтом старше 16 років)

Я підтверджую, що:

- Ми знаємо мету, обсяг і вид процедури**, що потребує анестезії;
- Я розумію, що дитина буде натщесерце під час процедури**, тобто вона не буде їсти їжу чи молочно-молочні суміші протягом 6 годин, грудне молоко протягом 4 годин та пити прозорі рідини (тобто рідини, за допомогою яких можна прочитати газета) менше ніж за 2 години до анестезії. Якщо я з'ясую інше, я негайно повідомлю лікаря (Не завжди можливо у разі хірургічного втручання за екстреними або життєво важливими показаннями, будь ласка, вкажіть час останнього прийому їжі:)
- Я отримав інформацію від анестезіолога, яка пояснює процедуру, пов'язану з анестезією моєї дитини. Мені пояснили: спосіб знеболення, переваги та недоліки запропонованого способу анестезії, можливі ускладнення, обставини, що підвищують ризик ускладнень, підготовка та супутні процедури, ймовірність переливання крові.
- Я зрозумів пояснення і мав можливість поставити всі питання, які мене цікавили, і отримав вичерпні відповіді.

Після ретельного розгляду я даю свою інформовану згоду на те, що запланована процедура має бути виконана у відповідній, підбраній відповідно до найкращих знань анестезіолога – загальної та/або регіональної анестезії (описана вище в частині 2). Я також погоджуюся на обґрунтовані супутні медичні процедури, включаючи переливання рідини та крові, внутрішньовенні пункції та, за необхідності, зміну анестезії, госпіталізація у Відділенні Інтенсивної терапії/ післяопераційної палати

У той же час я повідомляю /не повідомляю (за необхідності вилучаю) наступні обмеження, що супроводжують медичну процедуру:

.....

Підпис уповноваженого батька або законного опікуна

Підпис пацієнта > 16rз

КВАЛІФІКАЦІЙНА КАРТКА ДИТИНИ НА АНЕСТЕЗІЮ ІЗ ЗГОДОЮ НА АНЕСТЕЗІЮ

Варшава, _____ 20__ року; час: _____ Підпис та печатка лікаря, який приймає згоду (нижче)

