

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA _____

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PŁEĆ: K M DATA _____

**PACJENT zgłasza się na WIZYTĘ do PUNKTU KONSULTACJI ANESTEZJOLOGICZNYCH
W SZPITALU PRZY UL. BANACHA 1A:**

DZIEŃ: _____ **GODZINA:** _____ **BLOK: A PIĘTRO:1 GABINET: 140**

*W razie zdarzeń losowych i niemożności przyjscia w umówionym terminie, proszę o obowiązkowe powiadomienie o rezygnacji z umówionej konsultacji pod numer **797-050-929** w godz. 7:30 14:00 od poniedziałku do piątku.*

Razem z niniejszą pisemną INFORMACJĄ, PACJENT otrzymuje następujące DOKUMENTY do uzupełnienia:

1. ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA
2. INFORMACJA O ZNIECZULENIU
3. FORMULARZ ZGODY NA ZNIECZULENIE

PODSTAWOWE BADANIA potrzebne do konsultacji anestezjologicznej:

morfologia, potas, sód, glukoza, APTT, kreatynina, grupa krwi, EKG

Dopuszcza się powyższe badania z ostatnich 30 dni przed konsultacją anestezjologiczną.

PRZED WIZYTĄ U ANESTEZJOLOGA NALEŻY:

wykonać wyżej wymienione **PODSTAWOWE BADANIA** oraz inne zlecone przez lekarza kwalifikującego do zabiegu.

wypełnić ANKIETĘ ANESTEZJOLOGICZNA.

przeczytać INFORMACJĘ O ZNIECZULENIU i FORMULARZ ZGODY NA ZNIECZULENIE.

uzyskać ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA OD LEKARZA RODZINNEGO.

sporządzić **LISTĘ** wszystkich leków, ziół, preparatów dietetycznych, które Pacjent przyjmuje (dawka leku, pora przyjmowania leku).

wykonać kilka pomiarów **CIŚNIENIA TĘTNICZEGO** i zapisać wyniki.

uzyskać **ZAŚWIADCZENIE OD LEKARZA SPECJALISTY** - jeśli Pacjent jest pod opieką lekarza specjalisty (KARDIOLOGA, PULMONOLOGA, ENDOKRYNOLOGA, HEMATOLOGA)

zgromadzić dokumentację Pacjenta: wypisy ze szpitali, zaświadczenia, wyniki wykonanych dawniej badań np. EKG, ECHO serca, prześwietlenie płuc.

TERAZ PROSZĘ ODWRÓCIĆ KARTKĘ ! ➡➡➡

➡➡➡

➡➡➡

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA _____

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PŁEĆ: K M DATA _____

UWAGA!

TO JEST LISTA DOKUMENTÓW, KTÓRE PACJENT POWINIEN MIEĆ PODCZAS WIZYTY U ANESTEZJOLOGA.
PROSZĘ JĄ DOKŁADNIE SPRAWDZIĆ PRZED WYJŚCIEM Z DOMU NA WIZYTĘ.

PROSZĘ ZAZNACZYĆ „TAK ” JEŚLI DANY DOKUMENT JEST ZABRANY NA WIZYTĘ.

WYNIKI PODSTAWOWYCH BADAŃ oraz innych badań zleconych przez lekarza kwalifikującego do zabiegu.	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
<u>WYPEŁNIONA I PODPISANA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA</u>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
<u>PRZECZYTANA INFORMACJA O ZNIECZULENIU ORAZ ZGODA NA ZNIECZULENIE</u>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA OD LEKARZA RODZINNEGO	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
LISTA WSZYSTKICH LEKÓW I INNYCH PREPARATÓW , które Pacjent przyjmuje.	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
WYNIKI POMIARÓW CIŚNIENIA TĘTNICZEGO.	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

ORAZ JEŚLI DOTYCZY:

ZAŚWIADCZENIE OD LEKARZA SPECJALISTY - jeśli Pacjent jest pod opieką lekarza specjalisty: kardiologa, pulmonologa, endokrynologa lub hematologa lub - jeśli lekarz kwalifikujący do zabiegu zalecił konsultację specjalisty.	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
WSZYSTKIE POSIADANE WYPISY Z POBYTÓW W SZPITALACH.	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
WYNIKI wykonanych wcześniej badań np. EKG, ECHO serca, prześwietlenie płuc, spirometria – mogą być kserokopie.	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

Na wizytę pacjent powinien założyć wygodny strój, umożliwiający badanie lekarskie.

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Informacje dotyczące możliwych powikłań związanych ze znieczuleniem

Znieczulenie ogólne (popularnie zwane narkozą) to stan głębokiego uśpienia, całkowitej i odwracalnej utraty świadomości. Stan ten podobny jest do fizjologicznego snu, jednak jest głębszy, wywołany farmakologicznie, a w jego trakcie występuje depresja oddechowa, co oznacza, że pacjent nie jest w stanie oddychać samodzielnie. Towarzyszy mu zniesienie reakcji na wszelkie bodźce zewnętrzne, min. ból i dotyk. Znieczulenie ogólne powoduje amnezję czyli nie pamięć, analgezję, czyli zniesienie bólu, a także zahamowanie odruchów rdzeniowych i zwiótczenie mięśni szkieletowych, czyli stan niezbędny podczas operacji chirurgicznej.

Znieczulenie regionalne (inaczej miejscowe, obwodowe) jest metodą blokowania bólu, polegającym na odwracalnym przerwaniu przewodnictwa nerwowego w określonych okolicach ciała. Podczas tego znieczulenia pacjent może pozostać świadomy.

POWIKŁANIA ZWIĄZANE ZE ZNIECZULENIEM (OGÓLNYM LUB REGIONALNYM). Znieczulenie ogólne = powikłania, które mogą zdarzyć się podczas znieczulenia ogólnego.

Znieczulenie regionalne = powikłania, które mogą się zdarzyć podczas znieczulenia miejscowego (znieczulenie podpajęczynówkowe, znieczulenie zewnątrzoponowe, znieczulenie splotów i nerwów obwodowych)

Ludzie różnie interpretują słowa oraz liczby

Ta skala ma w tym pomóc

**Powikłania bardzo częste i częste:**

- Nudności i wymioty (Ogólne i Regionalne)
- Ból gardła (Ogólne)
- Zawroty głowy, zaburzenia widzenia (Ogólne)
- Ból głowy (Ogólne i Regionalne)
- Uraz wargi, języka (Ogólne)
- Świąd (Ogólne i Regionalne)
- Ból mięśni i pleców (Ogólne i Regionalne)
- Ból podczas wstrzykiwania leku (Ogólne i Regionalne)
- Zasinienie w miejscach wkłuć (Ogólne i Regionalne)
- Dezorientacja i zaburzenia pamięci (Ogólne i Regionalne)
- Ból głowy popunkcyjny (Regionalne)

Powikłania nieczęste

- Infekcja dróg oddechowych (Ogólne)
- Bóle mięśniowe (Ogólne)
- Pogorszenie przewlekłej choroby (Ogólne i Regionalne)
- Uszkodzenie zębów (Ogólne)
- Niezamierzony powrót świadomości w trakcie operacji (Ogólne)

Powikłania rzadkie i bardzo rzadkie

- Uraz gałki ocznej (Ogólne)
- Zawał serca lub udar (Ogólne i Regionalne)
- Ciężka reakcja alergiczna (Ogólne i Regionalne)
- Uraz nerwu lub splotu nerwowego prowadzący do zaburzeń czucia lub niedowładu kończyn (Ogólne i Regionalne)
- Krwaki lub zakażenie okolicy rdzenia kręgowego prowadzące do niedowładu kończyn (Regionalne)

- Zakrzepica i niedokrwienie kończyny (Ogólne i Regionalne)
- Uszkodzenie czynnościowe mózgu (Ogólne i Regionalne)
- Śmierć (Ogólne i Regionalne)

Ryzyko związane z przetaczaniem krwi i preparatów krwiopochodnych:

Częste reakcje:

- Gorączka, rumień, świąd skóry, złe samopoczucie

Rzadkie reakcje

- Reakcja uczuleniowa, która może spowodować nasilone podobne reakcje na przetoczenia preparatów krwiopochodnych w przyszłości
- Dusznność spowodowana reakcją uczuleniową
- Zakażenia wirusowe lub bakteryjne pochodzące od dawcy

Bardzo rzadkie reakcje

- Ciężki rozstrój zdrowia lub śmierć

Lista nie wyczerpuje wszystkich możliwych powikłań. U niektórych pacjentów ryzyko wystąpienia powikłań może być większe niż przedstawione w tabeli (zapytaj lekarza)

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

UWAGA: Ta strona wypełniana jest dopiero w trakcie wizyty anestezjologa

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA _____

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PŁEĆ: K M

Ocena ryzyka w skali ASA

Ocena ryzyka w skali LEE

ZGODA NA ZNIECZULENIE

I POTWIERDZENIE UZYSKANIA INFORMACJI DOTYCZĄCEJ ZNIECZULENIA

Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacjami dotyczącymi możliwych powikłań związanych ze znieczuleniem oraz udzieliłem/am zgodnych z prawdą informacji o moim stanie zdrowia w ankiecie anestezjologicznej.

Zostałem/am także dokładnie i zrozumiale poinformowany/a o sposobie znieczulenia do mojej operacji (lub zabiegu) oraz – jeśli to konieczne – transfuzji krwi i preparatów krwiopochodnych. W przekazanych mi informacjach anestezjolog omówił zalety i ryzyko proponowanej metody znieczulenia oraz alternatywne formy znieczulenia. Wszystkie informacje są dla mnie w pełni zrozumiałe.

Proponowane znieczulenie:

.....
.....

Oraz procedury związane z koniecznością przeprowadzenia znieczulenia:

Kaniulacja naczyń obwodowych

Kaniulacja naczyń tętnicznych

Kaniulacja naczynia centralnego

Inne:

Miałem/am możliwość zadania pytań dotyczących znieczulenia i uzyskałem/am satysfakcjonującą odpowiedź.

Zgłaszam następujące uwagi do proponowanego znieczulenia:

.....
.....

Przyjmuję do wiadomości, że w celu ratowania mojego życia w sytuacji wystąpienia wcześniej nie możliwych do przewidzenia okoliczności, anestezjolog może rozszerzyć zakres znieczulenia. Rozumiem, że jestem zobowiązany/a do zastosowania się do przekazanych mi instrukcji postępowania w celu zapewnienia bezpieczeństwa znieczulenia.

Na podstawie powyższych informacji wyrażam zgodną proponowane znieczulenie

TAK/ NIE

Pacjent (lub opiekun prawny) podpisujący zgodę:

Imię i Nazwisko: Podpis: Data:

Anestezjolog podpisujący dokument: Specjalista/Rezydent

Nazwisko, nr prawa wykonywania zawodu Podpis: