

PRZYGOTOWANIE DO KONSULTACJI ANESTEZJOLOGICZNEJ
INSTRUKCJA DLA PACJENTA I RODZINY

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA _____

PESEL

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

PŁEĆ: K M

DATA _____

dzień/miesiąc/rok

**PACJENT zgłosi 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 tel. 797-050-929 w godz. 7:30-14:00 od poniedziałku do piątku.***

W dniu udzielania konsultacji anestezyjologicznej, należy przedłożyć niżej wymienione dokumenty:- wyniki **PODSTAWOWYCH BADAŃ:**⇒ z krwi: **MORFOLOGIA, POTAS, SÓD, GLUKOZA, KREATYNINA, APTT, INR.**

Dopuszcza się wyniki badań z ostatnich 30 dni przed konsultacją anestezyjologiczną

⇒ **EKG (OPISANE PRZEZ LEKARZA).**- potwierdzoną **GRUPĘ KRWI**- wypełnioną **ANKIETĘ ANESTEZJOLOGICZNA** oraz przeczytaną **INFORMACJĘ O ZNIECZULENIU I ZGODĘ.**- przygotowaną pisemną **LISTĘ WSZYSTKICH LEKÓW**, ziół, preparatów dietetycznych, które Pacjent przyjmuje (dawka leku i pory przyjmowania).- zapisane pomiary **CIŚNIENIA** z ostatnich 7 dni przed dniem udzielenia konsultacji anestezyjologicznej.- **ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA OD LEKARZA RODZINNEGO.**- **ZAŚWIADCZENIE OD SPECJALISTY** - jeśli Pacjent jest pod opieką lekarza specjalisty (kardiologa, pulmonologa, diabetologa, endokrynologa, hematologa, nefrologa, neurologa).- zebraną **DOKUMENTACJĘ** Pacjenta do wglądu: wypisy ze szpitali, zaświadczenia, wyniki wykonanych badań np. ECHO serca, prześwietlenie płuc, spirometria.**Proszę o zapoznanie się z listą dokumentów, które należy przynieść na konsultację anestezyjologiczną, znajdującą się na drugiej stronie →→→**

UWAGA!

PONIŻEJ JEST **LISTA DOKUMENTÓW**, KTÓRE PACJENT PRZYNOŚI ZE SOBĄ
NA KONSULTACJĘ U ANESTEZJOLOGA.

PROSZĘ JĄ DOKŁADNIE SPRAWDZIĆ PRZED WYJŚCIEM Z DOMU NA WIZYTĘ.

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

WYNIKI BADAŃ PODSTAWOWYCH oraz innych badań zleconych przez lekarzy	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
WYPEŁNIONA i PODPISANA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA. PRZECYTANA INFORMACJA O ZNIECZULENIU oraz ZGODA NA ZNIECZULENIE	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA OD LEKARZA RODZINNEGO	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
LISTA 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 SPECJALISTY - jeśli Pacjent jest pod opieką lekarza specjalisty lub - jeśli lekarz kwalifikujący do zabiegu zalecił konsultację specjalisty.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
POSIADANE WYPISY Z POBYTÓW W SZPITALU	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
WYNIKI wykonanych wcześniej badań np. 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** i jeśli dotyczy: zabrać **OKULARY DO CZYTANIA**, założyć **APARAT SŁUCHOWY**.

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA. ZGODA NA ZNIECZULENIE

Nazwisko i imię Pacjenta _____

PESEL

WAGA:

WZROST:

Ankieta anestezyjologiczna służy do zebrania informacji, na podstawie których możliwe będzie wybranie najbardziej korzystnego sposobu postępowania anestezyjologicznego. Podane w ankiecie informacje objęte są tajemnicą dokumentacji medycznej i tajemnicą lekarską. Proszę otoczyć kółkiem właściwą odpowiedź: **Tak lub Nie** oraz zaznaczyć symbolem "x" jednostkę chorobową. Po wypełnieniu dokumentu proszę złożyć podpis na str. 2.

Przykład poniżej:

5.	Czy stwierdzono u Pana/Pani uczulenia ? <input type="checkbox"/> leki, jakie? Plaster x jod x lateks <input type="checkbox"/> soja <input type="checkbox"/> inne	<input checked="" type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE
----	--	--------------------------------------	---------------------------

Proszę zapoznać się z informacjami dotyczącymi ryzyka związanego ze znieczuleniem na str. 3. Wszelkie wątpliwości dotyczące możliwych powikłań związanych ze znieczuleniem będzie można wyjaśnić podczas przedoperacyjnej rozmowy z anestezyjologiem.

UWAGA: Strona 6 dokumentu wypełniana jest dopiero w trakcie wizyty anestezyjologa.

1.	Czy był Pan/Pani operowany(a)? Kiedy? Rodzaj zabiegu?	TAK	NIE
2.	Czy dobrze zniósł/zniosiła Pan/Pani znieczulenie?	TAK	NIE
3.	Czy coś szczególnego wydarzyło się w związku ze znieczuleniem u członków najbliższej rodziny?	TAK	NIE
4.	Czy przetaczano Panu/Pani krew lub preparaty krwipochodne?	TAK	NIE
4a	Czy wystąpiły jakieś powikłania w związku z przetaczaniem krwi/preparatów krwipochodnych?	TAK	NIE
5.	Czy stwierdzono u Pana/Pani uczulenia? <input type="checkbox"/> leki, jakie? <input type="checkbox"/> plaster <input type="checkbox"/> jod <input type="checkbox"/> latex <input type="checkbox"/> soja <input type="checkbox"/> inne	TAK	NIE
6.	Czy Pan/Pani jest pod opieką lekarza specjalisty? <input type="checkbox"/> kardiolog <input type="checkbox"/> pulmonolog <input type="checkbox"/> neurolog <input type="checkbox"/> inny specjalista	TAK	NIE
7.	Czy choruje Pan/Pani na choroby układu krążenia? <input type="checkbox"/> choroba wieńcowa <input type="checkbox"/> zawał <input type="checkbox"/> nadciśnienie tętnicze <input type="checkbox"/> zaburzenia rytmu <input type="checkbox"/> wada serca <input type="checkbox"/> stymulator serca <input type="checkbox"/> inne	TAK	NIE
8.	Czy choruje Pan/Pani na choroby układu oddechowego? <input type="checkbox"/> astma oskrzelowa <input type="checkbox"/> gruźlica <input type="checkbox"/> przewlekłe zapalenie oskrzeli <input type="checkbox"/> rozedma <input type="checkbox"/> inne	TAK	NIE
9.	Czy choruje Pan/Pani na choroby przewodu pokarmowego? <input type="checkbox"/> choroba wrzodowa <input type="checkbox"/> refleks żołądkowo-przełykowy <input type="checkbox"/> zapalenie jelit <input type="checkbox"/> inne	TAK	NIE
10.	Czy stwierdzono u Pana/Pani choroby wątroby? <input type="checkbox"/> zapalenie wątroby <input type="checkbox"/> marskość wątroby <input type="checkbox"/> żółtaczką <input type="checkbox"/> porfiria <input type="checkbox"/> inne	TAK	NIE
11.	Czy choruje Pan/Pani na choroby przemiany materii? <input type="checkbox"/> cukrzyca <input type="checkbox"/> dna moczanowa <input type="checkbox"/> otyłość <input type="checkbox"/> inne.....	TAK	NIE

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA. ZGODA NA ZNIECZULENIE

12.	Czy choruje Pan/Pani na choroby układu wydalniczego ? <input type="checkbox"/> niewydolność nerek <input type="checkbox"/> dializoterapia <input type="checkbox"/> kamica <input type="checkbox"/> inne.....	TAK	NIE
13.	Czy choruje Pan/Pani na choroby tarczycy? <input type="checkbox"/> nadczynność <input type="checkbox"/> niedoczynność <input type="checkbox"/> wole Hashimoto <input type="checkbox"/> inne.....	TAK	NIE
14.	Czy zdiagnozowano u Pana/Pani choroby neurologiczne lub choroby mięśni? <input type="checkbox"/> padaczka <input type="checkbox"/> udar <input type="checkbox"/> niedowład <input type="checkbox"/> SM <input type="checkbox"/> utraty przytomności <input type="checkbox"/> miastenia <input type="checkbox"/> dystrofia mięśniowa <input type="checkbox"/> dystrofia mięśniowa w rodzinie <input type="checkbox"/> inne	TAK	NIE
15.	Czy leczy lub leczył(a) się Pan/Pani psychiatrycznie? <input type="checkbox"/> od kiedy?/jakie problemy?	TAK	NIE
16.	Czy zaobserwował(a) Pan/Pani u siebie nadmierną skłonność do krwawienia z nosa, przy zranieniu lub skłonność do siniaków?	TAK	NIE
17.	Czy zgłasza Pan/Pani dolegliwości z układu kostno-stawowego? <input type="checkbox"/> choroby kości <input type="checkbox"/> dyskopatie <input type="checkbox"/> choroby kręgosłupa <input type="checkbox"/> inne	TAK	NIE
18.	Czy choruje Pan/Pani na choroby oczu? <input type="checkbox"/> zaćma <input type="checkbox"/> jaskra <input type="checkbox"/> okulary <input type="checkbox"/> soczewki <input type="checkbox"/> nierówne źrenice <input type="checkbox"/> inne	TAK	NIE
19.	Czy choruje Pan/Pani na inne , niewymienione wyżej schorzenia? <input type="checkbox"/> jakie?	TAK	NIE
20.	Czy leczył/a się Pan/Pani w Oddziale Intensywnej Terapii?	TAK	NIE
21.	Czy się leczył/ła Pan/Pani w szpitalu z powodu COVID-19?	TAK	NIE
22..	Czy nosi Pan/Pani aparat słuchowy?	TAK	NIE
23.	Czy nosi Pan/Pani protezy zębowe?	TAK	NIE
24.	Czy jest Pani w ciąży?	TAK	NIE
25.	Czy stosuje Pan/Pani używki? <input type="checkbox"/> papierosy:papierosów dziennie <input type="checkbox"/> alkohol: tygodniowo <input type="checkbox"/> inne	TAK	NIE
26.	Proszę wymienić przyjmowane leki na stałe:		

Po wypełnieniu proszę złożyć własnoręczny podpis wraz z datą.

Data oraz podpis pacjenta

Data:..... Podpis:.....

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA. ZGODA NA ZNIECZULENIE**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, analgezę, 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.

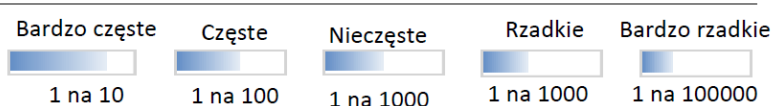
POWIKŁANIA ZWIĄZANE ZE ZNIECZULENIEM (OGÓLNYM LUB REGIONALNYM)

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 rzadkie i bardzo rzadkie (ciąg dalszy):****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)
- Popuncyjny ból głowy (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 zaburzenia czucia lub niedowładu kończyn (ogólne i regionalne)
- Krwawiak 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 krwio pochodnych:**Częste reakcje:**

- Gorączka, rumień, świąd skóry, złe samopoczucie

Rzadkie reakcje

- Reakcja uczuleniowa, która może spowodować nasilone podobne reakcje na przetoczenia preparatów krwio pochodnych w przyszłości
- Dusznosc 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. ZGODA NA ZNIECZULENIE

UWAGA: Ta strona wypełniana jest dopiero w trakcie wizyty anesteziologa

Nazwisko i imię Pacjenta _____

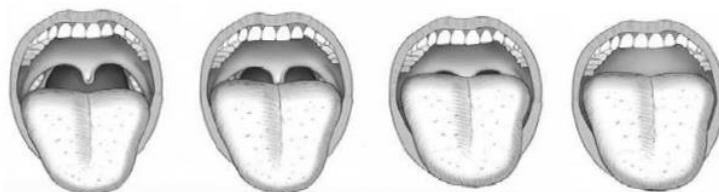
PESEL

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

Ocena ryzyka w skali ASA

Ocena ryzyka w skali LEE

Ocena w skali Mallampatego



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 anesteziologicznej.

Zostałem/am także dokładnie i zrozumiale poinformowany/a o sposobie znieczulenia do mojej operacji (lub zabiegu) oraz – jeśli to konieczne – transfuzji krwi i preparatów krwipochodnych. W przekazanych mi informacjach anesteziolog 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 wyczerpującą 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, anesteziolog 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:

Nazwisko i imię _____

Podpis _____

Data _____

Lekarz anesteziolog podpisujący dokument:

Nazwisko i imię, nr prawa wykonywania zawodu _____

Podpis _____