Mazowiecki Szpital Onkologiczny
ul. Kościelna 61, 05-135 Wieliszew
tel. 22 766 15 00, faks 22 766 15 99

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Nazwisko i imię : .....

PESEL: | | | | | | | | | | | |

Rozpoznanie.....

Zabieg operacyjny.....

INFORMACJA DLA PACJENTA

Karta zawiera podstawowe wiadomości dotyczące znieczulenia do zabiegów endoskopowych i związanych z nimi powikłań. Prosimy uważnie przeczytać i podpisać kartę u dołu strony. Dodatkowe pytania prosimy kierować do konsultującego Pana/Panią lekarza anestezjologa. Prawidłowe i szczegółowe poinformowanie lekarza w trakcie badania o stanie zdrowia, istniejących lub przebytych chorobach, przyjmowanych lekach i ewentualnych zabiegach operacyjnych pozwoli na zredukowanie ryzyka powikłań związanych ze znieczuleniem.

Przed planowym zabiegiem Pacjent powinien pozostać na czczo, to znaczy:

- 6 godzin przed zabiegiem nie jeść pokarmów o stałej konsystencji, nie żuć gumy
- 2 godziny przed zabiegiem nie pić żadnych płynów

W okresie od 6 godzin do 2 godzin przed zabiegiem można przyjmować umiarkowane ilości klarownych, niegazowanych płynów (najlepiej woda niegazowana, herbata, sok jabłkowy lub winogronowy) z wyjątkiem kawy i mleka.

Znieczulenie ogólne dożylne

Znieczulenie ogólne dożylne to znieczulenie podczas którego dożylnie są podawane leki wywołujące całkowitą bezbolesność, głęboki sen oraz zniesienie reakcji odruchowych na bodźce bólowe. Pacjent oddycha samodzielnie.

Do możliwych powikłań znieczulenia ogólnego dożylnego należą:

- nieprzewidziana reakcja na leki,
- podanie leków poza żyłę (pęknięcie żyły),
- reakcja alergiczna do wstrząsu anafilaktycznego włącznie,
- niewydolność oddechowa,
- uszkodzenie zębów, mechaniczne uszkodzenie warg, języka (do tej sytuacji może dojść podczas udrożnienia dróg oddechowych, np. podczas intubacji),
- niedotlenienie wynikające ze skurczu krtani, oskrzeli, utrudnionej lub niemożliwej intubacji mogące skutkować nieodwracalnym uszkodzeniem mózgu,
- zachłyśnięcie treścią pokarmową – szczególnie częste, gdy znieczulenie wykonywane jest przed upływem 6 godzin od ostatniego posiłku – mogące powodować zapalenie lub obrzęk płuc, co stanowi stan zagrożenia życia,
- gwałtowny wzrost lub spadek ciśnienia tętniczego krwi,
- zaburzenia rytmu serca,
- niewydolność układu krążenia mogąca spowodować zatrzymanie krążenia i zgon.

Mazowiecki Szpital Onkologiczny
ul. Kościelna 61, 05-135 Wieliszew
tel. 22 766 15 00, faks 22 766 15 99

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Ryzyko wystąpienia powikłań zwiększa się wraz z: wiekiem pacjenta (znacznie wzrasta po 80 roku życia), chorobami współistniejącymi (otyłość, nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa serca, cukrzyca, choroby tarczycy, astma oskrzelowa i przewlekła obturacyjna choroba płuc, niewydolność nerek) oraz u pacjentów z choroba nowotworową w trakcie chemio- i radioterapii.

Zabiegi w trybie pilnym są obciążone większą możliwością wystąpienia powikłań.

UWAGA:

W dniu zabiegu w znieczuleniu ogólnym dożylnym pacjent powinien być pod opieką osoby towarzyszącej, nie powinien prowadzić pojazdów mechanicznych, ani podejmować żadnych ważnych życiowo decyzji.

Powyższe informacje dotyczące technik znieczulania i związanych z nimi powikłań przeczytałem i były dla mnie zrozumiałe.

Wieliszew,..... ✓.....
(data) (podpis pacjenta)

Przedstawiciel ustawowy

Imię: .....

Nazwisko:

.....| | | | | | | | | | | |..... PESEL:

Wieliszew, dnia ..... r. .....

Mazowiecki Szpital Onkologiczny
ul. Kościelna 61, 05-135 Wieliszew
tel. 22 766 15 00, faks 22 766 15 99

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Nazwisko i imię : .....
PESEL: | | | | | | | | | | | |

Wzrost : ..... Waga : ..... Zawód : .....

Szanowni Państwo,

Informacje uzyskane dzięki odpowiedziom na poniższe pytania pozwolą anestezjologowi wybrać najbardziej odpowiedni sposób znieczulenia i zwiększą Państwa bezpieczeństwo przed, w trakcie i po zabiegu.

Koniecznie prosimy zabrać ze sobą całą dotychczasową dokumentację medyczną oraz listę leków.

ANKIETA		WŁAŚCIWE OTOCZYĆ OBWÓDKĄ		
Czy leczy się Pan/i z powodu jakichś chorób? Jeśli tak to proszę wymienić:		TAK	NIE	NIE WIEM
Czy przyjmuje Pan/i leki? Jeśli tak to proszę wymienić:		TAK	NIE	NIE WIEM
Czy jest Pan/i uczulony/a (alergia)? Jeśli tak to na co? Objawy ew. alergii		TAK	NIE	NIE WIEM
Czy był/a Pan/i operowany/a znieczulany, jeśli tak to jakiego powodu?		TAK	NIE	NIE WIEM
Czy wystąpiły u Pana/i powikłania , problemy związane ze znieczuleniem? Jakie?		TAK	NIE	NIE WIEM
Czy u Pana/i krewnych wystąpiły powikłania związane ze znieczuleniem ? Jakie ?		TAK	NIE	NIE WIEM
Czy miał Pan/i przetaczaną krew, ew. kiedy ? Czy były powikłania ?		TAK	NIE	NIE WIEM
Czy jest Pani w ciąży?	NIE DOTYCZY	TAK	NIE	NIE WIEM
Czy stosuje Pani hormonalne środki antykoncepcyjne ?	NIE DOTYCZY	TAK	NIE	NIE WIEM
Stan jamy ustnej: ruchome zęby, protezy		TAK	NIE	NIE WIEM
Czy choruje Pan/i obecnie lub chorował/a wcześniej na wymienione poniżej ? Czy odczuwa Pan/i wymienione poniżej dolegliwości ?				
Choroby/dolegliwości serca (np. zawał serca, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego, bóle w klatce piersiowej, kołatanie serca, duszność, zmniejszona tolerancja wysiłku czyli po przejściu jakiego dystansu się męczy lub na które piętro może wejść bez wysiłku, inne dolegliwości wiązane z czynnością serca		TAK	NIE	NIE WIEM
Choroby/dolegliwości układu krążenia (np. zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, niewydolność krążenia, bóle łydek przy chodzeniu, obrzęki kończyn dolnych)		TAK	NIE	NIE WIEM
Choroby/dolegliwości płuc (np. POChP, astma oskrzelowa, pylica, rozedma, gruźlica, częste zapalenie płuc, częste zapalenie oskrzeli, duszność, kaszel, inne)		TAK	NIE	NIE WIEM

Mazowiecki Szpital Onkologiczny
ul. Kościelna 61, 05-135 Wieliszew
tel. 22 766 15 00, faks 22 766 15 99

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka/dwunastnicy, zgaga, refluks, zaparcia, biegunki, inne)	**TAK**	**NIE**	**NIE WIEM**
Choroby wątroby (np. marskość, żółtaczka, wirusowe zapalenie wątroby, inne)	**TAK**	**NIE**	**NIE WIEM**
Choroby metaboliczne (np. cukrzyca, dna moczanowa, nadczynność/niedoczynność tarczycy, choroba Hashimoto, nadczynność/ niedoczynność nadnerczy, inne)	**TAK**	**NIE**	**NIE WIEM**
Choroby/ dolegliwości układu nerwowego (np. padaczka, porażenia/ niedowłady, przebyte udary, utraty przytomności, częste bóle głowy, migreny, inne)	**TAK**	**NIE**	**NIE WIEM**
Choroby układu kostno-stawowego (np. reumatoidalne zapalenie stawów, zwyrodnienia, dyskopatia, bóle pleców, kończyn, inne)	**TAK**	**NIE**	**NIE WIEM**
Choroby krwi, zaburzenia krzepnięcia krwi (np. anemia, skłonność do przedłużonego krwawienia, siniaków, wylewów krwawych, inne)	**TAK**	**NIE**	**NIE WIEM**
Choroby układu moczowo-płciowego (np. nerek , pęcherza , prostaty, macicy, jajników, inne)	**TAK**	**NIE**	**NIE WIEM**
Choroby oczu (np. jaskra, zaćma, duże wady wzroku, sztuczne soczewki, inne)	**TAK**	**NIE**	**NIE WIEM**
Choroby psychiczne (np. depresja, nerwica, schizofrenia, inne)	**TAK**	**NIE**	**NIE WIEM**
Inne nie wymienione powyżej choroby lub dolegliwości? Jakie?	**TAK**	**NIE**	**NIE WIEM**
Czy pali Pan/i tytoń (ew. ile)?	**TAK**	**NIE**	**x**
Czy pije Pan/i alkohol (ew. ile)?	**TAK**	**NIE**	**x**
Czy przyjmuje Pan/i środki nasenne, uspokajające, narkotyki, sterydy? Jakie?	**TAK**	**NIE**	**x**

Potwierdzam zgodność powyższych danych ze stanem faktycznym

Wieliszew,..... ✓ .....
(data) (podpis pacjenta)

Przedstawiciel ustawowy

Imię: .....

Nazwisko: .....

PESEL: | | | | | | | | | | | |

Wieliszew, dnia ..... r.

KONSULTACJA PRZED ZNIECZULENIEM

SZPITAL:
ODDZIAŁ:

NR HISTORII CHOROBY:

IMIĘ: | NAZWISKO: | WIEK: lat | PŁEĆ: ☐ M ☐ K | WZROST: cm | MASA CIAŁA: kg

ROZPOZNANIE:

PLANOWANA OPERACJA:

PARAMETRY ŻYCIOWE

Ciśnienie tętnicze: mmHg Tętno: /min Temp.: °C

	Ile razy:	Kiedy ostatnie?	
☐ PRZEBYTE ZNIECZULENIA OGÓLNE			☐ NIE
☐ PRZEBYTE ZNIECZULENIA PRZEWODOWE			☐ NIE
☐ PRZEBYTE ZNIECZULENIA MIEJSCOWE			☐ NIE

☐ POWIKŁANIA:

☐ PRZYJMOWANE LEKI: ☐ NIE ☐ zioła/leki bez recepty ☐ narkotyki/nielegalne środki

☐ MP1 Ruchomość szyi:
☐ MP2 ☐ pełna otwarcie ust: _____ cm
☐ MP3 ☐ ograniczona
☐ MP4 ☐ brak odl.tarcz-bródk. cm

☐ przebyta trudna intubacja
☐ otyłość
☐ zęby ruchome / protezy
☐ małożuchwie

☐ bezzębny ↑ ↓
☐ wąsy/broda
☐ krótka szyja
☐ wystające siekacze

☐ UCZULENIA: ☐ NIE

CHOROBY TOWARZYSZĄCE

NIE	UKŁ. ODDECHOWEGO		
☐	Asthma	☐	Tonsillitis
☐	POChP	☐	Otitis Media
☐	Rozedma	☐	Nawr. inf. górnych DO
☐	Zap. oskrzeli	☐	TB
☐	Niewydolność oddech.	☐	Zapalenie płuc
☐	Wysięk opłucnowy	☐	Kaszel produktywny
☐	Zatorowość płucna	☐	Duszność
☐	Zap.zatok / bł.śl.nosa	☐	Z. snu z bezdechem
☐	Alergie	☐	Orthopnea

NIE	UKŁ. SERCOWO - NACZYNIOWEGO		
☐	Nadciśnienie tętnicze	☐	Nieprawidłowe EKG
☐	Choroba wieńcowa	☐	Zaburzenia rytmu
☐	Stabilna dusznica	☐	Rozrusznik
☐	Niestab. dusznica	☐	AICD (defibr.)
☐	Zawał serca	☐	Kardiomiopatia
☐	Hyperlipoproteinemia	☐	Szmer
☐	Niewydolność serca	☐	Wady zastawkowe
☐	Ch.naczyń obw.	☐	Gorączka reumat.
☐	Tętniak	☐	Zapalenie wsierdzia

NIE	UKŁ. POKARMOWEGO		
☐	Otyłość	☐	Refluks ż-przełykowy
☐	Ch. wątroby	☐	Choroba wrzodowa
☐	Marskość	☐	Nudności, wymioty
☐	Hepatitis / żółtaczka	☐	Biegunka
☐	Ch. pęcherzyka ż.	☐	Zaparcia
☐	Zapalenie trzustki	☐	Ch. Chrohn'a

NIE	UKŁ. NERWOWOWEGO I RUCHU		
☐	RZS, osteoartritis	☐	Miastenia
☐	Schorz. kręgosłupa	☐	Dystrofie mięśniowe
☐	ZZSK	☐	Niedowłady
☐	Skolioza	☐	Udar mózgu
☐	Bóle głowy / Migrena	☐	Padaczka
☐	Uraz głowy	☐	Zab. psychiczne

NIE	UKŁ. MOCZOWEGO I ENDOKRYNNEGO		
☐	Niewydolność nerek	☐	Cukrzyca - Typ I
☐	Dializoterapia	☐	Cukrzyca - Typ I
☐	Kamica nerkowa	☐	Ch. tarczycy
☐	Ch. pęcherza	☐	Ch. przysadki
☐	Ch. prostaty	☐	Ch. nadnerczy
☐	Nietrzymanie moczu	☐	Sterydoterapia

NIE	INNE		
☐	Anemia	☐	Immunosupresja
☐	Zaburz. krwotoczne	☐	Chemio/radioterapia
☐	Przebyte transfuzje	☐	Obrzęki
☐	Ch. nowotworowa	☐	Sepsa / Infekcja
☐	Utrata/przyrost wagi	☐	HIV / AIDS
☐	Choroby oczu	☐	Ciąża
☐	Jaskra	☐	Pacjent leżący

ASA
☐ I
☐ II
☐ III
☐ IV
☐ V
☐ E

DODATKOWE INFORMACJE

TYTOŃ: ☐ Nie ☐ Tak _____ paczek/dzień przez _____ lat ☐ Rzucił _____ lat temu

Badanie fizykalne układu oddechowego:

NYHA ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV
CCS ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

Badanie fizykalne układu krążenia:

ALKOHOL: ☐ Nie ☐ Tak Częstość _____ ☐ Uzależnienie ☐ Rzucił _____ lat temu

Badanie fizykalne układu pokarmowego:

GCS: _____

Badanie fizykalne układu nerwowego:

BADANIA DODATKOWE

EKG

RTG

BADANIA LABORATORYJNE

☐ Hb
☐ Ht
☐ Plt.
☐ WBC
☐ aPTT
☐ INR
☐ Na^+
☐ K^+
☐ Glukoza
☐ Kreatynina
☐ Białko

GRUPA KRWI

Rh:

PLANOWANE ZNIECZULENIE: ☐ OGÓLNE ☐ SEDACJA ☐ MOA ☐ MIEJSCOWE ☐ ZO ☐ DOGONOWE ☐ PP ☐ CSE ☐ Kombinowane (ogólne/przewodowe)

☐ Blokada splotów lub nerwów: ☐ Przewodowe z zastosowaniem cewnika ☐ INNE:

NINIEJSZYM WYRAŻAM ZGODĘ NA ZAPROPONOWANY RODZAJ ZNIECZULENIA DO PLANOWANEGO ZABIEGU OPERACYJNEGO, JAK RÓWNIEŻ NA TOWARZYSZĄCE TEMU POSTĘPOWANIE MEDYCZNE (INFUZJE, TRANSFUZJE, LECZENIE KRĄŻENIOWE, ODDECHOWE) W CZASIE I PO ZABIEGU. ZGADZAM SIĘ NA MEDYCZNIE UZASADNIONE ZMIANY LUB ROZSZERZENIE POSTĘPOWANIA ANESTEZJOLOGICZNEGO, W TYM ZMIANĘ RODZAJU ZNIECZULENIA. JEDNOCZEŚNIE OŚWIADCZAM, ŻE MIAŁEM/AM NIE SKRĘPOWANĄ MOŻLIWOŚĆ ZADAWANIA PYTAŃ DOTYCZĄCYCH ZNIECZULENIA, ZWIĄZANEGO Z NIM RYZYKA I MOŻLIWOŚCI WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ ORAZ ŻE UZYSKAŁEM/AM ZROZUMIAŁE DLA MNIE, WYCZERPUJĄCE ODPOWIEDZI. ZGODĘ WYRAŻAM PO PODJĘCIU SAMODZIELNEJ DECYZJI, NA KTÓREJ PODJĘCIE MIAŁEM/AM WYSTARCZAJĄCĄ ILOŚĆ CZASU.

Data i podpis chorego (lub prawnego opiekuna)

ZALECENIA PRZED ZNIECZULENIEM: ☐ Ponadstandardowe postępowanie, monitorowanie, urządzenia, itp.:

Premedykacja: _____ o godz.: _____

Wstrzymać przyjmowanie posiłków od godziny: płynów od godziny:

Konsultujący anestezjolog (podpis, pieczęć)

Data: / /

Godzina: :

PROTOKÓŁ PRZEKAZANIA OPIEKI NAD PACJENTEM PO ZNIECZULENIU I OPERACJI

POTWIERDZAM PRZYJĘCIE O GODZINIE:

LICZBA PUNKTÓW WG. PONIŻSZEJ SKALI W CHWILI PRZYJĘCIA:

PKT.

Podpis pielęgniarki lub lekarza przejmującego opiekę

SKALA ALDRETE'A

RUCH	Porusza 4 kończynami samoistnie lub na polecenie	2
	Porusza 2 kończynami samoistnie lub na polecenie	1
	Nie porusza kończynami samoistnie ani na polecenie	0
ODDECH	W pełni wydolny	2
	Nieregularny, nie w pełni wydolny	1
	Bezdech	0
KRĄŻENIE	Ciśnienie ± 20% wartości sprzed znieczulenia	2
	Ciśnienie ± 20 - 50% wartości sprzed znieczulenia	1
	Ciśnienie ± 50% wartości sprzed znieczulenia	0
ŚWIADOMOŚĆ	W pełni świadomy	2
	Podsypiający, reagujący na głos	1
	Bez reakcji	0
SpO_2	> 92 % przy oddychaniu powietrzem	2
	> 90 % przy stosowaniu tlenoterapii	1
	< 90 % przy stosowaniu tlenoterapii	0

Zalecenia pooperacyjne: