

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

TRYB ZABIEGU	<input type="checkbox"/> Planowy	<input type="checkbox"/> Przyśpieszony	<input type="checkbox"/> Pilny	<input type="checkbox"/> Natychmiastowy	<input type="checkbox"/> Dyżurowy
ROZPOZNANIE				RODZAJ ZABIEGU	

IMIĘ	NAZWISKO	WIEK	PESEL / DATA URODZENIA	WAGA	WZROST
------	----------	------	------------------------	------	--------

WYWIAD (zaznacz odpowiedź)

<input type="checkbox"/> NADCIŚNIENIE TĘTNICZE	<input type="checkbox"/> ŻYLAKI PODUDZI
<input type="checkbox"/> CHOROBA NIEDOKRWIENNA SERCA	<input type="checkbox"/> CHOROBY TARCZYCY: <input type="checkbox"/> NADCZYNNOŚĆ
<input type="checkbox"/> ZAWAŁ SERCA - rok	<input type="checkbox"/> NIEDOCZYNNOŚĆ
<input type="checkbox"/> NIEWYDOLNOŚĆ SERCA - NYHA	<input type="checkbox"/> CUKRZYCA: <input type="checkbox"/> INSULINA
<input type="checkbox"/> MIGOTANIE PRZEDSIONKÓW	<input type="checkbox"/> LEKI DOUSTNE
<input type="checkbox"/> WADA ZASTAWKOWA SERCA – jaka?	<input type="checkbox"/> KARMIENIE PIERSIĄ / CIĄŻA – tydzień
<input type="checkbox"/> ASTMA / POCHP	<input type="checkbox"/> DEPRESJA / NERWICE
<input type="checkbox"/> PADACZKA	<input type="checkbox"/> PALENIE PAPIEROSÓW – ile?
<input type="checkbox"/> UDAR MÓZGU - rok	<input type="checkbox"/> ALKOHOL – ile?
<input type="checkbox"/> CHOROBY WĄTROBY	<input type="checkbox"/> ALERGIE (uczulenia) – jakie?
<input type="checkbox"/> NIEWYDOLNOŚĆ NEREK	<input type="checkbox"/> INNE:
<input type="checkbox"/> CHOROBA WRZODOWA ŻOŁĄDKA LUB DWUNASTNICY	

OSTATNI POSIŁEK / PŁYNY – data, godzina (zabiegi pilne i natychmiastowe):

PRZYJMOWANE LEKI – nazwa, dawka

PRZEBYTE OPERACJE – rodzaj , znieczulenie, rok

PROTEZA ZĘBOWA OKULARY SZKŁA KONTAKTOWE

DOROSŁY

Potwierdzam prawdziwość w/w informacji oraz oświadczam, że nie zataiłem żadnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia.

DATA

PODPIS PACJENTA

PODPIS LEKARZA

NIEPRZYTOMNY

Chory z zaburzeniami świadomości / pod wpływem leków / nieprzytomny, bez możliwości zebrania wywiadu. Chory kwalifikowany do zabiegu i znieczulenia przez lekarzy.

DATA

PODPIS PIERWSZEGO LEKARZA

PODPIS DRUGIEGO LEKARZA

ŚWIADOMA ZGODA NA ZNIECZULENIE

Oświadczam, że zostałem poinformowany, iż znieczulenie jest procedurą o podwyższonym ryzyku powikłań. Przedstawiono mi możliwe sposoby znieczulenia oraz potencjalne powikłania. Miałem możliwość zadawania pytań i uzyskałem wyczerpujące odpowiedzi.

Posiadam wystarczające informacje na temat planowanego u mnie znieczulenia. Zrozumiałem podane informacje i jednocześnie wyrażam zgodę na konieczne, uzasadnione medycznie rozszerzenie postępowania w tym zmianę sposobu znieczulenia, transfuzję krwi i inne niezbędne postępowanie.

WYRAŻAM ZGODĘ na przeprowadzenie u mnie znieczulenia (zaznacz wybrane znieczulenie)

OGÓLNE

Możliwe powikłania ze szczególnym uwzględnieniem: trudności intubacyjne mogące skutkować niewydolnością oddechową prowadzącą nawet do zgonu, niestabilność układu krążenia (spadek ciśnienia tętniczego, zaburzenia rytmu serca, zatrzymanie czynności serca), zawał serca, udar mózgu, uszkodzenia zębów, przełyku, tchawicy, krtani, ból gardła, nudności i wymioty, reakcje alergiczne na podawane na leki, ból i zaczerwienienie w miejscu wprowadzenia Venflonu.

PODPAJĘCZYNÓWKOWE / ZEWNĄTRZOPONOWE

Możliwe powikłania ze szczególnym uwzględnieniem: niestabilność układu krążenia (spadek ciśnienia tętniczego, zaburzenia rytmu serca, zatrzymanie czynności serca), popuncyjne bóle głowy, zakażenia przestrzeni podpajęczynówkowej / zewnątrzoponowej, przejściowe zaburzenia neurologiczne dotyczące kończyn dolnych, odbytu, krocza. W bardzo rzadkich przypadkach może dojść trwałego porażenia kończyn dolnych z utratą czynności fizjologicznych – oddawania moczu i stolca, reakcje alergiczne na podawane na leki, ból i zaczerwienienie w miejscu wprowadzenia Venflonu.

BLOKADA NERWÓW OBWODOWYCH

Możliwe powikłania ze szczególnym uwzględnieniem: Przejściowe lub trwałe uszkodzenia nerwów okolicy znieczulanej, przedawkowanie leków miejscowo znieczulających (utrata przytomności, napad drgawek, niewydolność oddechowa, zaburzenia rytmu serca, niewydolność krążenia, zatrzymaniem czynności serca), reakcje alergiczne na podawane na leki, ból i zaczerwienienie w miejscu wprowadzenia Venflonu.

ODCINKOWE DOŻYLNIE

Możliwe powikłania ze szczególnym uwzględnieniem: Przedawkowanie leków miejscowo znieczulających (utrata przytomności, napad drgawek, niewydolność oddechowa, zaburzenia rytmu serca, niewydolność krążenia, zatrzymaniem czynności serca), niedostateczny zakres i jakość znieczulenia, reakcje alergiczne na podawane na leki, ból i zaczerwienienie w miejscu wprowadzenia Venflonu.

DATA

PODPIS PACJENTA

KWALIFIKACJA ANESTEZJOLOGICZNA DO ZNIECZULENIA

Po przeprowadzeniu rozmowy z pacjentem, badaniu fizykalnym, zapoznaniu się z wynikami badań laboratoryjnych i obrazowych oraz pozostałą częścią dokumentacji:

Mallampati	ASA	I	II	III	IV	V	E	Mallampati	BMI	GRUPA KRWI	<input type="checkbox"/> Brak
------------	-----	---	----	-----	----	---	---	------------	-----	------------	-------------------------------

KWALIFIKUJĘ NIE KWALIFIKUJĘ -

RODZAJ ZABIEGU

RODZAJ ZNIECZULENIA	<input type="checkbox"/> Ogólne	<input type="checkbox"/> Podpajęczynówkowe	<input type="checkbox"/> Zewnątrzoponowe
	<input type="checkbox"/> Odcinkowe dożylne	<input type="checkbox"/> Blokada nerwów obwodowych	<input type="checkbox"/> Nadzór anestezyjologiczny

BADANIA

	↓	N	↑	WYNIK		↓	N	↑	WYNIK			ODCHYLENIA
Hemoglobina					APTT					EKG	N	
Hematokryt					INR							
Leukocyty					PŁYTKI							
Na+					Glukoza					RTG	N	ODCHYLENIA
K+												
Kreatynina												

PREMEDYKACJA

DODATKOWE ZALECENIA

Wizyta w Poradni

Data

PODPIS ANESTECJOLOGA

Ostateczna kwalifikacja

Data

PODPIS ANESTEZJOLOGA