

Wypełnia lekarz anestezjolog: ANESTORLO Wersja 1 z 14.03.2022. EN		
Data konsultacji	ASA	Rozpoznanie
Data operacji		
Uwagi		Rodzaj operacji/zabiegu

Nazwisko i Imię	Pesel	Nr Ks.Gł.	Oddział
-----------------	-------	-----------	---------

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA
Wypełnia Pacjent/Pacjentka – strona 1 i 2.

Prosimy o dostarczenie kart wypisowych z pobytów szpitalnych (wszystkich, nie tylko związanych z obecnym pobytem) oraz ewentualnych zaświadczeń/konsultacji/opinii od lekarzy specjalistów, wyników badań laboratoryjnych i pracownianych (EKG, ECHO, HOLTER, RTG, USG, CT, MRI) !!!

Prosimy o wypełnienie **poniższej ankiety** przed rozmową z lekarzem anestezjologiem, zaznaczając TAK lub NIE. Prosimy o podanie dodatkowych szczegółów tam, gdzie to konieczne. Jeśli pytanie jest niejasne proszę wyjaśnić wątpliwości w trakcie rozmowy z lekarzem anestezjologiem.

Szanowna Pani/ Szanowny Panie, prosimy o uważne wypełnienie poniższych danych:

Płeć	K ☐	M ☐	Data urodzenia	Wiek	Wzrost	Masa ciała	
Czy przyjmuje Pan/Pani obecnie jakieś leki?						TAK	NIE
Jeśli tak proszę wpisać Nazwę leku i dawkowanie :							
Czy jest Pani/Pan pod opieką lekarza specjalisty?						TAK	NIE
Proszę wymienić:							
Czy była/y Pani/Pan leczona/y szpitalnie z jakiegoś powodu?						TAK	NIE
Proszę wymienić z jakiego i kiedy:							
Czy była/y Pani/Pan operowany z jakiegoś powodu?						TAK	NIE
Proszę wymienić z jakiego i kiedy:							
Czy w trakcie poprzednich znieczuleń były jakieś problemy?						TAK	NIE
Proszę wymienić na czym polegały:							

Czy aktualnie występują (lub kiedykolwiek występowały) u Pani/Pana następujące objawy lub choroby:

Nadciśnienie tętnicze	TAK	NIE
Migotanie przedsionków	TAK	NIE
Zaburzenia rytmu serca	TAK	NIE
Choroba wieńcowa	TAK	NIE
Zawał serca	TAK	NIE
Niewydolność krążenia	TAK	NIE
Stymulator serca	TAK	NIE
Stenty w naczyniach wieńcowych	TAK	NIE
Wada zastawkowa serca	TAK	NIE
Żylaki	TAK	NIE
Zakrzepica	TAK	NIE
Infekcja (np.Opryszczka)	TAK	NIE
POCHP	TAK	NIE
Gruźlica	TAK	NIE
Astma	TAK	NIE
Udar mózgu	TAK	NIE
Niedowładny nerwów	TAK	NIE
Padaczka	TAK	NIE
Utrata przytomności	TAK	NIE
Depresja	TAK	NIE
Dystrofia mięśniowa	TAK	NIE
Hipertermia złośliwa	TAK	NIE
Miastenia	TAK	NIE
Cukrzyca leczona tabletkami	TAK	NIE
Cukrzyca leczona insuliną	TAK	NIE

Niedoczynność tarczycy	TAK	NIE
Nadczynność tarczycy	TAK	NIE
Choroba wrzodowa żołądka, refluks	TAK	NIE
Choroby wątroby - żółtaczką (A,B,C)	TAK	NIE
Choroby pęcherzyka żółciowego	TAK	NIE
Marskość wątroby	TAK	NIE
Porfiria	TAK	NIE
Nietrzymanie moczu	TAK	NIE
Niewydolność nerek	TAK	NIE
Jaskra	TAK	NIE
Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa	TAK	NIE
Skłonność do krwawień i siniaków	TAK	NIE
Czy stosuje Pani/Pan leki nasenne?	TAK	NIE
Czy ma Pani/Pan ruszające się zęby/protezy	TAK	NIE
Czy pali Pani/Pan papierosy	TAK	NIE
Czy spożywa Pani/Pan alkohol/narkotyki?	TAK	NIE
Czy ma Pan przerost prostaty	TAK	NIE
Czy jest Pani w ciąży?	TAK	NIE
Uczulenia	TAK	NIE
Proszę wymienić:		

Czy chorował/a Pan/Pani na COVID	TAK	NIE	Czy jest Pan/Pani szczepiony/a na COVID	TAK	NIE
Kiedy			Kiedy		

Inne problemy zdrowotne (nie wymienione powyżej):

Oświadczam, że nie zataiłem/-am żadnych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia. Podane informacje są prawdziwe i kompletne.

ANESTORLO Wersja 1 z 1.03.2023. EN

Data

Podpis Pacjenta/Pacjentki i/lub Podpis Opiekuna Prawnego/Przedstawiciela Ustawowego

INFORMACJA O ZNIECZULENIU

ANESTORLO Wersja 1 z 1.03.2023. EN

Szanowna Pani, Szanowny Panie,

z uwagi na konieczność przeprowadzenia u Pana/Pani operacji/zabiegu istnieje potrzeba wykonania znieczulenia.

Znieczulenie jest szeregiem działań medycznych, **które mają na celu przeprowadzenie zabiegu lub operacji bezboleśnie**, a okres pooperacyjny przebiegał bez dolegliwości w komforcie pacjenta. **Lekarz anestezjolog po zapoznaniu się z Państwa historią choroby oraz wynikami badań zadba o to, aby wybrać znieczulenie najbardziej dla Państwa odpowiednie do planowanej procedury operacyjnej.** Znieczulenie będzie wykonane w sali operacyjnej lub specjalnie do tego przeznaczonym pomieszczeniu. Niezależnie od rodzaju znieczulenia nad Państwa zdrowiem będzie czuwał zespół anestezjologiczny: **lekarz anestezjolog i pielęgniarka anestezjologiczna.** Wyróżniamy następujące rodzaje znieczuleń:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">☐ Znieczulenie ogólne (dożylnie, dotchawicze)☐ BLOKADA CENTRALNA (znieczulenie podpajęczynówkowe, zewnątrzoponowe, krzyżowe) | <ul style="list-style-type: none">☐ ZNIECZULENIE REGIONALNE (blokady splotów i nerwów obwodowych, międzypowięziowe, znieczulenie odcinkowe dożylnie)☐ Sedacja z nadzorem anestezjologicznym☐ Monitorowana opieka anestezjologiczna |
|---|--|

ZNIECZULENIE OGÓLNE - to głęboki sen zapewniający w pełni kontrolowane i odwracalne zniesienie stanu przytomności i odczuwania bólu oraz zniesienie odruchów i zwiótczenie mięśni. Polega na podaniu odpowiednich leków drogą dożylną lub wziewnie. W przypadku dużych zabiegów operacyjnych, aby zapewnić wydolny oddech podczas znieczulenia ogólnego do dróg oddechowych może być założona rurka intubacyjna lub maska krtaniowa, a oddech zastępczy prowadzony jest przy użyciu respiratora.

ZNIECZULENIE REGIONALNE (PRZEWODOWE)/BLOKADA CENTRALNA – czasowo i w sposób odwracalny blokuje funkcję nerwów, powodując zniesienie czucia i osłabienie lub całkowitą utratę siły mięśniowej w wydzielonej okolicy ciała. W przypadku wykonania znieczuleń centralnych występuje blokada ruchowa kończyn dolnych. **Znieczulenie regionalne jest około 16 razy bezpieczniejsze niż znieczulenie ogólne.** Istnieje możliwość jednoczesowego podania w trakcie zabiegu w znieczuleniu regionalnym leków uspokajających lub nasennych w celu zmniejszenia napięcia, niepokoju i wywołania płytkiego snu (SEDACJA).

1 - ZNIECZULENIE REGIONALNE (blokada splotów nerwowych, pojedynczych nerwów, znieczulenie odcinkowe dożylnie, znieczulenie nasiękowe) - polega na podaniu leków do obwodowego naczynia żylnego, w okolicy nerwów, splotów nerwowych i/lub miejsca operowanego.

2 - BLOKADA CENTRALNA (znieczulenie podpajęczynówkowe, zewnątrzoponowe, krzyżowe, CSE, CSA) - polega na podaniu leków do przestrzeni kanału kręgowego, zwykle w odcinku lędźwiowym. Leki mogą być podane w formie pojedynczego wstrzyknięcia i/lub metodami ciągłymi przy pomocy specjalnie do tego celu przeznaczonych cieniutkich cewników.

W trakcie przedoperacyjnej konsultacji, lekarz anestezjolog po zapoznaniu się z Państwa stanem zdrowia oraz całością dokumentacji medycznej, wskaże znieczulenie najbardziej dla Państwa odpowiednie. W trakcie rozmowy odpowie także na wszystkie Państwa pytania dotyczące znieczulenia. Poinformuje Państwa o ewentualnych dodatkowych badaniach koniecznych do wykonania przed znieczuleniem oraz przypomni o przestrzeganiu zasad.

PRZED KAŻDYM ZNIECZULENIEM, NIEZALEŻNIE OD JEGO RODZAJU:

- ☐ Zawsze należy powiedzieć lekarzowi anestezjologowi o wszystkich lekach stosowanych w ostatnich dwóch tygodniach. Należy poinformować również o lekach ziołowych, medycyny naturalnej, chińskiej lub tybetańskiej. **Część z nich ma silne działanie.**
- ☐ Należy uzgodnić z lekarzem anestezjologiem, które leki należy przyjąć rano przed znieczuleniem, a które należy odstawić lub czasowo wstrzymać. Czasami konieczne jest oznaczenia stężenia leku w krwi.
- ☐ **Szkła kontaktowe, protezy zębowe, aparaty ortodontyczne, pierścionki i ozdoby powinny zostać zdjęte i dobrze zabezpieczone.** Należy zmyć lakier z paznokci i makijaż. Okulary, aparaty słuchowe najlepiej pozostawić aby czuć się pewniej widząc i słysząc. Zostaną one zdjęte przed zaśnięciem, zabezpieczone i oddane po wybudzeniu.
- ☐ Koniecznie należy poinformować lekarza anestezjologa o wszelkich implantach, stymulatorach nerwów, symulatorze serca itp.

Wszystkie procedury anestezjologiczne przy spełnieniu współczesnych standardów dotyczących personelu i sprzętu są bardzo bezpieczne dla pacjenta. Jednak każda, nawet najprostsza czynność medyczna jest związana z możliwością wystąpienia powikłań. Na ryzyko związane ze znieczuleniem wpływa wiele czynników zależnych od pacjenta: wydolność fizyczna, waga, wiek, płeć, palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, zażywane leki, choroby współistniejące a także stopień ich wyrównania (*choroby serca, płuc, nerek, wątroby, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca*) oraz zakres i pilność wykonywania operacji. Szczegółowe i prawdziwe przedstawienie swojego stanu zdrowia przed znieczuleniem pomoże lekarzowi anestezjologowi w zminimalizowaniu jego ryzyka.

Możliwe, niezamierzone powikłania znieczulenia ogólnego:

- nudności, wymioty; uszkodzenie zębów, ból gardła, chrypka, uszkodzenie krtani; zachłyśnięcie treścią pokarmową; powikłania sercowo-naczyniowe (*obniżenie ciśnienia tętniczego, zaburzenia rytmu, zawał serca*); powikłania oddechowe – niedotlenienie; uszkodzenia nerwów wywołane ułożeniem na stole operacyjnym; wstrząs anafilaktyczny; **Nagłe Zatrzymanie Krążenia**

Możliwe, niezamierzone powikłania znieczulenia regionalnego:

- nudności, wymioty, popunkcyjne bóle głowy, bóle kręgosłupa; krwiak zewnątrzoponowy; zakażenie w miejscu wkłucia, ropień i zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, uszkodzenie nerwów i przejściowe zaburzenia czucia; powikłania sercowo-naczyniowe (obniżenie ciśnienia tętniczego, zaburzenia rytmu, zawał serca); powikłania oddechowe – niedotlenienie; wstrząs anafilaktyczny; **Nagłe Zatrzymanie Krążenia**

W przypadku wystąpienia powikłania anestezjolog wdraża podczas zabiegu i znieczulenia wszystkie dostępne procedury związane z ratowaniem życia.

Może Pan/Pani nie wyrazić zgody na znieczulenie regionalne, niemniej jednak proponowana przez lekarza anestezjologa Panu/Pani procedura znieczulenia ogólnego to postępowanie okołoperacyjne, dla którego nie ma alternatywnego działania.

Data

Podpis Pacjenta /Pacjentki i/lub Opiekuna Prawnego / Przedstawiciela Ustawowego

ŚWIADOMA ZGODA NA PROPONOWANY RODZAJ ZNIECZULENIA

(wypełnia Lekarz Anestezjolog) ANESTORLO Wersja 1 z 1.03.2023. EN

Nazwisko i Imię	Pesel	Nr Ks.Gł.	Oddział	
-----------------	-------	-----------	---------	---

Oświadczam, że:

1. Zapoznałam/em się z informacją o znieczuleniu - formularz INFORMACJA O ZNIECZULENIU.
2. Zostałam/em poinformowana/y o możliwych, niezamierzonych powikłaniach znieczulenia ogólnego – dokładny opis w formularzu INFORMACJA O ZNIECZULENIU.
3. Zostałam/em poinformowana/y o możliwych, niezamierzonych powikłaniach znieczulenia regionalnego - dokładny opis w formularzu INFORMACJA O ZNIECZULENIU.

Po rozmowie z lekarzem anestezjologiem, wyrażam świadomą zgodę na proponowane znieczulenie:

Ogólne (dożylnie, dotchawicze)	☐
Analgosedacja	☐
Blokada centralna (PP, ZZO, znieczulenie krzyżowe, CSE, CSA) z sedacją	☐
Znieczulenie regionalne (blokada splotów nerwowych, znieczulenie odcinkowe dożylnie, blokady międzypowięziowe) z sedacją	☐
Monitorowana Opieka Anestezjologiczna	☐
INNE:	☐

Rozumiem, iż po zastosowaniu znieczulenia mój stan wymagał będzie stałego monitorowania, **co nakłada na mnie obowiązek współpracy i poddawaniu się badaniu przez personel medyczny bez protestu i na każde wezwanie**. Wyrażam zgodę na niezbędne czynności medyczne towarzyszące procedurze znieczulenia (kaniulacja naczynia żylnego, tętnicy, naczynia centralnego, przyrządowe metody udrażniania dróg oddechowych, założenie sondy do żołądka, cewnikowanie pęcherza moczowego). **Wyrażam zgodę na konwersję zastosowanego znieczulenia regionalnego do innych metod znieczulenia przewodowego jak i znieczulenia ogólnego.**

W sytuacji wystąpienia zagrożenia mojego zdrowia i/lub życia wyrażam zgodę na niezbędne czynności medyczne takie jak: przetaczanie preparatów krwi, działania reanimacyjno-resuscytacyjne, hospitalizację i leczenie w Oddziale Intensywnej Terapii, transport do innej placówki medycznej.

Nie wyrażam zgody na:

Oświadczam, że powyższy formularz **ŚWIADOMEJ ZGODY** przeczytałam/em, zrozumiałam/em i akceptuję. W obecności lekarza anestezjologa miałam/em możliwość zadawania pytań. Wątpliwości zostały mi wyjaśnione.

*** W przypadku pacjenta, który ukończył 16 lat obowiązuje zgoda podwójna** (Pacjenta i Opiekuna Prawnego/Przedstawiciela Ustawowego).

.....
Data

.....
Podpis Pacjenta/Pacjentki i/lub Podpis Opiekuna Prawnego/Przedstawiciela Ustawowego

.....
Podpis, pieczęć lekarza anestezjolog

KARTA KWALIFIKACJI ANESTEZJOLOGICZNEJ (Wypełnia Lekarz Anestezjolog)

Stan ogólny:	☐ DOBRY	☐ ŚREDNI	☐ CIĘŻKI
Układ krążenia:	☐ WYDOLNY	☐ NA GRANICY WYDOLNOŚCI	☐ NIEWYDOLNY
Układ oddechowy:	☐ WYDOLNY	☐ NA GRANICY WYDOLNOŚCI	☐ NIEWYDOLNY
INNE:			
Uwagi:			
Ryzyko trudnej intubacji:	TAK ☐	NIE ☐	Mallampati: I II III IV
ZĘBY – bez odchyień ☐	SZYJA – bez odchyień ☐	ŻUCHWA – prawidłowa ☐	OTWIERANIE UST > 3 cm ☐
RUCHOME PROTEZY ☐	UTRUDNIONA RUCHOMOŚĆ ☐	COFNIĘTA ☐	ODLEGŁOŚĆ TARCZOWO-BRÓDKOWA > 6cm ☐
			< 6 cm ☐

BAD. LAB.	☐ PRAWIDŁOWE	☐ BRAK	☐ NIEWYMAGANE	☐ ODCHYLENIA OD NORMY
Uwagi:				
EKG	☐ PRAWIDŁOWE	☐ BRAK	☐ NIEWYMAGANE	☐ ODCHYLENIA OD NORMY
Uwagi:				
RTG KL.PIER.	☐ PRAWIDŁOWE	☐ BRAK	☐ NIEWYMAGANE	☐ ODCHYLENIA OD NORMY
Uwagi:				
INNE:				
Ryzyko powikłań krążeniowych	☐ MAŁE	☐ ŚREDNIE	☐ DUŻE	
Ryzyko powikłań oddechowych	☐ MAŁE	☐ ŚREDNIE	☐ DUŻE	

Karencja żywieniowa	☐ NA CZCZO (pokarmy stałe > 6h, klarowne płyny > 2h)			☐ PEŁNY ŻOŁĄDEK
TRYB KWALIFIKACJI	☐ PLANOWY	☐ PRZYSPIESZONY	☐ PILNY	☐ NATYCHMIASTOWY
Pacjent/ka zbadany/a przez lekarza anestezjologa. Na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego	☐ ZAKWALIFIKOWANY/A	☐ KWALIFIKACJA WARUNKOWA	☐ NIEZAKWALIFIKOWANY/A	
ASA	I.	II.	III.	IV.
Uwagi:				V. E
				Data
				Podpis, pieczęć lekarza anestezjologa
Karencja żywieniowa	☐ NA CZCZO (pokarmy stałe > 6h, klarowne płyny > 2h)			☐ PEŁNY ŻOŁĄDEK
TRYB REKWALIFIKACJI	☐ PLANOWY	☐ PRZYSPIESZONY	☐ PILNY	☐ NATYCHMIASTOWY
Pacjent/ka zbadany/a przez lekarza anestezjologa. Na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego	☐ ZAKWALIFIKOWANY/A	☐ NIEZAKWALIFIKOWANY/A	Data	
ASA	I.	II.	III.	IV.
Uwagi:				V. E
				Podpis, pieczęć lekarza anestezjologa