

Imię i nazwisko pacjenta:.....



Dentalblue WAWRZYN
ul. Kazimierza Pułaskiego 35, 15-337 Białystok
tel.: 85 748 00 50, 606 983 347, 787 906 376



OPIS ZNIECZULENIA OGÓLNEGO	Znieczulenie ogólne znosi świadomość i odczuwanie bólu. Dziecko znajduje się w stanie przypominającym sen. W czasie znieczulenia podawane są odpowiednie leki do żyły i/lub środki wziewne do dróg oddechowych przez maskę twarżową lub odpowiednią rurkę dotchawiczą. Zwykle konieczne są też dodatkowe działania uzupełniające, jak infuzje płynów dożylnych lub rzadziej transfuzji krwi.
BEZPIECZEŃSTWO I RYZYKO PODCZAS ZNIECZULENIA	Na ryzyko związane ze znieczuleniem wpływa wiele czynników, m.in.: wiek, ciężar ciała, płeć, zażywanie określonych leków, choroby serca, nerek, wątroby. Z tego powodu konieczna jest dokładna ocena stanu zdrowia pacjenta przez lekarza anestezjologa. W przypadku planowanych operacji lekarz anestezjolog przeprowadza dokładny wywiad, badanie lekarskie i zapoznaje się z wynikami dotychczasowych badań. Podczas wystąpienia ewentualnych powikłań lekarz anestezjolog wdraża podczas zabiegu operacyjnego i znieczulenia wszystkie dostępne procedury związane z intensywną terapią i intensywnym nadzorem.
POWIKŁANIA ZWIĄZANE Z PROPONOWANYM ZNIECZULENIEM	Dzięki nowoczesnym technikom znieczulenia oraz pełnemu i ciągłemu monitorowaniu (nadzorowaniu stanu operowanego pacjenta) wszelkie powikłania znieczulenia zdarza się bardzo rzadko. Bezpieczeństwo znieczulanego pacjenta podwyższa nieustająca obecność przy nim w trakcie znieczulenia specjalisty lekarza- anestezjologa oraz pielęgniarki anestezjologicznej. Niemniej zawsze może dojść do nieprzewidzianych zdarzeń w trakcie wykonania narkozy. Poniżej wymienione są powikłania znieczulenia ogólnego i regionalnego: Typowe powikłania znieczulenia: ból głowy, po znieczuleniu podpajęczynówkowym prewencją jest nieunoszenie głowy, trudności z otwieraniem oczu, "brak sił"- pacjent ma trudności z poruszaniem kończynami, "brak powietrza"- pacjent ma nieznaczne trudności po obudzeniu się z oddychaniem, ma wrażenie ciężaru na piersiach i duszenia się, skłonność do nudności i wymiotów, niewyraźne widzenie, ból w ranie pooperacyjnej, podrażnienie tchawicy lub strun głosowych, uszkodzenie uzębienia, niemożność oddania moczu po blokadzie centralnej Rzadkie powikłania znieczulenia: uszkodzenie tkanek miękkich w obrębie jamy ustnej, tchawicy lub strun głosowych, zachłyśnięcie się pacjenta kwaśną treścią żołądkową, prowadzącą do ciężkiego zapalenia płuc, uczulenie na leki, wstrząs uczuleniowy, gorączka złośliwa, krytyczne niedotlenienie mózgu pacjenta, powodujące jego nieodwracalne uszkodzenie, nagle zatrzymanie pracy serca, trudności z wybudzeniem pacjenta lub przedłużone budzenie pacjenta spowodowane ukrytymi wadami genetycznymi, przejściowe objawy neurologiczne, zapalenie pajęczynówki, zespół ogona końskiego, ropień, krwawk w obrębie rdzenia.
PRZYGOTOWANIE DO PROPONOWANEGO ZNIECZULENIA	Przed wykonaniem znieczulenia i zabiegu operacyjnego, jeżeli lekarz nie zaleci inaczej, pacjent powinien: być na czczo tzn, nie wolno spożywać pokarmów oraz płynów nie mniej niż 6 godz. przed znieczuleniem, leki dotychczas przyjmowane można przyjąć zgodnie z zaleceniem przedoperacyjnym lekarza anestezjologa, należy usunąć soczewki kontaktowe, biżuterię, makijaż oraz lakier do paznokci.

Prosimy o wypełnienie poniższej ankiety przed rozmową z 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 anestezjologiem. Prosimy o dostarczenie kart wypisowych z pobytów szpitalnych i ewentualnych zaświadczeń od specjalistów/wyników badań.

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA Dane Pacjenta (wypełnia Opiekun Prawny)

Imię i nazwisko:											
Data urodzenia:											
Nr PESEL*:											
Masa ciała:						Wzrost:					

*w przypadku braku nr PESEL- nazwa i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

Informacje o stanie zdrowia dziecka		
Czy dziecko urodziło się o czasie? Jeśli NIE, podać w którym miesiącu ciąży?	TAK	NIE
Czy dziecko było leczone w ciągu ostatnich 12 miesięcy? Z powodu jakiej choroby?.....	TAK	NIE
Czy dziecko chorowało w ciągu ostatnich 6 tygodni (gorączka, kaszel, katar, wymioty)? Kiedy i na co?.....	TAK	NIE
Czy Państwa dziecko jest szczepione zgodnie z kalendarzem szczepień?	TAK	NIE
Czy dziecko było szczepione w ciągu ostatnich 3 miesięcy? Kiedy i jakie szczepienie?.....	TAK	NIE
Czy dziecko przyjmuje obecnie leki? Nazwa, dawka, ile razy, kiedy?.....	TAK	NIE
Czy dziecko było już operowane w znieczuleniu/ znieczulane z innych przyczyn? Jeżeli NIE to można pominąć następne pytanie. Jeżeli TAK to, kiedy i z jakiego powodu?.....	TAK	NIE
Czy w czasie znieczulenia lub bezpośrednio po nim obserwowano jakieś szczególne reakcje (np. kłopoty z wybudzeniem, wymioty, problemy z oddychaniem, chrypka, inne)? Jeżeli TAK to, jakie?.....	TAK	NIE
Czy u Państwa lub krewnych były jakieś problemy związane ze znieczuleniem: Jeżeli TAK to, kiedy, jakie, u kogo?.....	TAK	NIE
Czy Państwa dziecko otrzymywało kiedyś transfuzje krwi?	TAK	NIE
Czy towarzyszyły temu komplikacje? Jakie?.....	TAK	NIE
Czy dziecko łatwo się męczy, sinieje w czasie zabawy, biegania?	TAK	NIE
Czy ma problemy z sercem (wada serca, zaburzenia rytmu, szmer, inne)? Jakie?.....	TAK	NIE
Czy dziecko często choruje na zapalenie oskrzeli?	TAK	NIE
Czy opiekunowie palą papierosy?	TAK	NIE
Czy choruje na astmę, gruźlicę lub inne choroby płuc? Jakie?.....	TAK	NIE
Czy chorowało na żółtaczkę zakaźną (WZW typ B)?	TAK	NIE
Czy ma wzmożoną skłonność do krwawień i siniaków?	TAK	NIE
Czy dziecko choruje na schorzenia mięśni?	TAK	NIE
Czy choruje lub chorowało na schorzenie nerek, dróg moczowych? Jakie, kiedy?.....	TAK	NIE
Czy u dziecka wystąpiły drgawki? Kiedy?.....	TAK	NIE
Czy zdarza się utrata przytomności, zasłabnięcia? Kiedy?.....	TAK	NIE
Czy dziecko jest uczulone/ ma alergię na leki, pokarmy, kosmetyki, pyłki, inne substancje? Jeżeli TAK to, na jakie substancje, w jakich okolicznościach?.....	TAK	NIE

Czy dziecko choruje na cukrzycę?	TAK	NIE
Czy ma schorzenia gruczołów wydzielania wewnętrznego (tarczyca, nadnercza)? Jakie?.....	TAK	NIE
Czy dziecko ma chorobę oczu? Jaką?.....	TAK	NIE
Czy cierpi na schorzenia uszu, gardła (zapalenia migdałków)? Jakie?.....	TAK	NIE
Czy dziecko jest objęte opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?.....	TAK	NIE
Czy macie Państwo inne uwagi dotyczące stanu zdrowia dziecka? Jakie?.....	TAK	NIE
Data, imię i nazwisko oraz stopień pokrewieństwa osoby wypełniającej ankietę		Pieczętka i podpis lekarza weryfikującego ankietę

Dane medyczne dotyczące Pacjenta (wypełnia lekarz anestezjolog)				
Planowany zabieg:				
Data zabiegu:				
<input type="checkbox"/> Cechy infekcji	<input type="checkbox"/> Zaburzenia rytmu serca	<input type="checkbox"/> Astma oskrzelowa	<input type="checkbox"/> Ryzyko krwawienia	<input type="checkbox"/> Pełny żołądek/aspiracja
<input type="checkbox"/> Sterydoterapia	<input type="checkbox"/> Ryzyko WZW	<input type="checkbox"/> Trudna intubacja	<input type="checkbox"/> Hipertermia złośliwa	<input type="checkbox"/> Inne.....
Uczulenia:			<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jakie?				
Górne drogi oddechowe prawidłowe	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Mallampati (I, II, III, IV)
Uwagi:				
Układ oddechowy prawidłowy			<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Układ krążenia prawidłowy			<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Stan neurologiczny prawidłowy			<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Zaburzenia połykania, kaszlu			<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
PONV* (skala 1 do 4 punktów) TAK, jeżeli 2 lub więcej punktów			<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
* 1p- wiek ≥ 3lat; 1p- operacja > 30min; 1p- PONV w wywiadzie- również u rodziców i rodzeństwa; 1p-operacja zeza				
Inne istotne odchylenia w badaniu fizykalnym			<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jakie?				
Problemy w trakcie poprzednich znieczuleń:				
Istotne odchylenia w badaniach dodatkowych:				
Konieczne dodatkowe badania/konsultacje:				
<input type="checkbox"/> Zakwalifikowany	<input type="checkbox"/> Zakwalifikowany warunkowo do znieczulenia ogólnego			
<input type="checkbox"/> Niezakwalifikowany	<input type="checkbox"/> Niezakwalifikowany warunkowo			
Przyczyna dyskwalifikacji/ kwalifikacji warunkowej:				
Uwagi (np. specyficzne wymagania dotyczące znieczulenia, ułożenia pacjenta itp.):				

Data	Pieczętka i podpis anestezjologa
------	----------------------------------

KWALIFIKACJA DO ZNIECZULENIA

Ja niżej podpisany/a, przedstawiciel ustawowy niżej wymienionego pacjenta potwierdzam, że odbyłem/łam rozmowę z lekarzem anestezjologiem, dotyczącą proponowanego znieczulenia i/lub związanych z nim zabiegów:

Imię pacjenta:		Nazwisko pacjenta:	
Data urodzenia:		Nazwisko i imię opiekuna:	

Oświadczam, iż zapoznałem/łam się i zrozumiałem/łam treść niniejszego formularza oraz zostałem/łam poinformowany/na przez lekarza o proponowanym rodzaju znieczulenia oraz ewentualnym ryzyku i powikłaniach z tego tytułu oraz przedstawiono mi alternatywne metody znieczulenia.

Oświadczam, iż miałem/łam możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego znieczulenia i otrzymałem/łam na nie wyczerpujące i w pełni dla mnie zrozumiałe odpowiedzi. Wyjaśnienia lekarza zrozumiałem/łam i nie mam więcej pytań i wątpliwości.

Oświadczam, że na wszystkie pytania dotyczące stanu zdrowia dziecka udzieliłem/łam odpowiedzi wyczerpujących, zgodnych z prawdą i nie zataiłem/łam istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań, oraz przebytych chorób, a także przyjmowanych leków oraz nadwrażliwości na substancje wchodzące w skład leków jakie mogą dziecku zostać podane w związku z zastosowaniem proponowanego sposobu znieczulenia.

Oświadczam, że moje dziecko nie piło i nie jadło przez ostatnie 6 godzin.

Data	Czytelny podpis pacjenta który ukończył 16 lat	Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego/faktycznego/prawnego
------	--	---

Wyrażam zgodę na proponowane znieczulenie.

Data	Czytelny podpis pacjenta, który ukończył 16 lat	Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego/faktycznego/prawnego	Pieczętka i podpis lekarza
------	---	---	----------------------------

Nie wyrażam zgody na proponowanie znieczulenie i zostałem(łam) poinformowany(a) o możliwych negatywnych skutkach takiej decyzji dla zdrowia i życia mojego dziecka.

Data	Czytelny podpis pacjenta, który ukończył 16 lat	Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego/faktycznego/prawnego	Pieczętka i podpis lekarza
------	---	---	----------------------------

Informuję, iż w przypadku wystąpienia medycznie uzasadnionych przyczyn może nastąpić zmiana rodzaju znieczulenia lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego, leczenie ewentualnych powikłań, wykonanie dodatkowych wkłuć dożylnych:

<input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę		<input type="checkbox"/> Nie wyrażam zgody	
Data	Czytelny podpis pacjenta, który ukończył 16 lat	Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego/faktycznego/prawnego	

Informuję, iż w przypadku wystąpienia medycznie uzasadnionych przyczyn może nastąpić konieczność wykonania transfuzji krwi i/lub jej składników:

<input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę na leczenie krwią		<input type="checkbox"/> Nie wyrażam zgody na leczenie krwią	
Data	Czytelny podpis pacjenta, który ukończył 16 lat	Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego/faktycznego/prawnego	