

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Prosimy o rzetelne wypełnienie poniższej ankiety, odpowiadając na wszystkie pytania zgodnie z prawdą. Wiedza na temat Pani/Pana zdrowia pozwoli Nam na najwyższej jakości i bezpieczną opiekę nad Panią/Panem w okresie okołoperacyjnym.

Imię		Nazwisko				
PESEL		Wiek		Waga		wzrost
Rodzaj zabiegu		Data zabiegu				
Rozpoznanie		Grupa krwi				

Jak oceniasz swój stan zdrowia?	DOBRY	ŚREDNI	ZŁY
Dotychczasowe wszystkie zabiegi/operacje ze znieczuleniem: (rok, rodzaj znieczulenia)			
Czy wystąpiły nudności i wymioty?	TAK	NIE	
Czy przyjmujesz na stałe leki?	TAK	NIE	
Jeśli tak, wymień nazwy i dawkowanie leków przyjmowanych na stałe:			
Czy zażywasz leki zmieniające krzepliwość krwi?	TAK	NIE	
Jeśli tak, to jakie:			
Czy masz alergię na leki?	TAK	NIE	
Jeśli tak, to na jakie leki (substancje)			
Czy kiedykolwiek miałeś przetaczaną krew lub preparaty krwi?	TAK	NIE	
Czy wystąpiły powikłania po toczeniu?	TAK	NIE	
*dla kobiet – czy jesteś w ciąży?	TAK	NIE	
UKŁAD KRAŻENIA			
Niewydolność serca	TAK	NIE	
Zaburzenia rytmu serca	TAK	NIE	
Jeśli tak, to jakie?			
Przebyty zawał	TAK	NIE	
Jeśli tak, to który rok:			
Choroba wieńcowa	TAK	NIE	
Nadciśnienie tętnicze	TAK	NIE	
Wszczepiony stymulator serca	TAK	NIE	
Żyłna choroba zakrzepowo-zatorowa	TAK	NIE	
Zatorowość płucna	TAK	NIE	
Ból/ucisk w klatce piersiowej	TAK	NIE	
Duszność przy wysiłku	TAK	NIE	
Kołatanie serca	TAK	NIE	
Wszczepione stenty	TAK	NIE	
Zabiegi wewnątrznaczyniowe	TAK	NIE	

UKŁAD ODDECHOWY		
Astma oskrzelowa	TAK	NIE
POCHP	TAK	NIE
Obturacyjny bezdech senny	TAK	NIE
Inne:		
UKŁAD POKARMOWY		
Choroba wrzodowa żołądka	TAK	NIE
Marskość wątroby	TAK	NIE
Cukrzyca	TAK	NIE
Inne:		
Układ moczowy		
Przewlekła choroba nerek	TAK	NIE
Dializoterapia	TAK	NIE
Nawracające zakażenia układu moczowego	TAK	NIE
Inne:		
UKŁAD TARCZYCY		
Niedoczynność	TAK	NIE
Nadczynność	TAK	NIE
Wole	TAK	NIE
Inne:		
UKŁAD NERWOWY		
Padaczka	TAK	NIE
Porażenie i niedowłady	TAK	NIE
Przebyty udar mózgu	TAK	NIE
Bóle głowy	TAK	NIE
Choroby nerwowo mięśniowe	TAK	NIE
Inne:		
UKŁAD RUCHU		
Choroba zwyrodnieniowa stawów	TAK	NIE
Reumatoidalne zapalenie stawów	TAK	NIE
Choroby kręgosłupa	TAK	NIE
Inne:		
UKŁAD KRWI		
Zaburzenia krzepnięcia	TAK	NIE
Inne:		
INNE CHOROBY:		
Jaskra	TAK	NIE
Nosicielstwo: HiV, HBV, HCV	TAK	NIE
Nikotynizm	TAK	NIE
Ile papierosów dziennie:		
Alkoholizm	TAK	NIE
Choroba nowotworowa:	TAK	NIE
Inne:		

Oświadczenie:

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą. Mam świadomość, że podanie niekompletnych lub nieprawdziwych informacji może stanowić zagrożenie dla mojego życia lub zdrowia.

.....

KONSULTACJA Z LEKARZEM ANESTEZJOLOGIEM:

(uzupełnia lekarz)

OCENA ZDOLNOŚCI FIZYCZNEJ ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych według ECS				
< 4 MET	4-10 MET	>10 MET		
Samodzielnie je, ubiera się, korzysta z toalety, lekkie prace domowe, wolny spacer.	Wchodzi po schodach na 2. piętro, szybki spacer, jazda rowerem, krótki bieg.	Uprawia sport.		
OCENA DRÓG ODDECHOWYCH				
Mallampati	I	II	III	IV
Protezy w jamie ustnej			TAK	NIE
Przewidywane trudności w intubacji			TAK	NIE
Ocena w skali ASA:				
Zalecenia przedoperacyjne:				

Proszę o uzupełnienie następujących badań:

Pacjent zakwalifikowany do znieczulenia w trybie planowym.

Pacjent wymaga przygotowania do zabiegu w oddziale szpitalnym (przyjęcie kilka dni przed zabiegiem).

Pacjent może być operowany jedynie ze wskazań życiowych

Konsultacja bezpośrednio przed zabiegiem

UWAGI:

Data i podpis lekarza kwalifikującego

.....

Formularz świadomej zgody pacjenta/opiekuna prawnego

Oświadczam, że zapoznałem/łam się i zrozumiałem/łam treść formularza „informacja dotycząca znieczulenia”, miałem/łam możliwość rozmowy z lekarzem anestezjologiem i nieskrępowanego zadawania pytań. Zostałem/łam poinformowany/a o możliwym sposobie przeprowadzenia znieczulenia powikłaniach, jakie się z nimi wiążą.

Nie zgłaszam zastrzeżeń/*Zgłaszam zastrzeżenia do czynności medycznych:

.....

.....

Zgadzam się na towarzyszące zabiegowi niezbędne postępowanie: tj. transfuzję płynów, krwi własnej/obcej, podawanie niezbędnych leków, zakładanie cewników oraz zmianę metody znieczulenia w sytuacji uzasadnionej medycznie.

WYRAŻAM ZGODĘ/ NIE WYRAŻAM ZGODY na znieczulenie

Data i podpis lekarza: Data i czytelny podpis pacjenta: