

PRZYGOTOWANIE DO KONSULTACJI ANESTEZJOLOGICZNEJ
INSTRUKCJA DLA PACJENTA I RODZINY

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA _____

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PŁEĆ: K ☐ M ☐

DATA _____

dzień/miesiąc/rok

**PACJENT zgłosi się na WIZYTĘ do PUNKTU KONSULTACJI ANESTEZJOLOGICZNYCH
W SZPITALU PRZY UL. BANACHA 1A:****DZIEŃ:** _____ **GODZINA:** _____ **BLOK: A PIĘTRO: 1 GABINET: 140**

*W razie zdarzeń losowych i niemożności przyjscia w umówionym terminie, **proszę o obowiązkowe powiadomienie o rezygnacji z umówionej konsultacji pod numer tel. 797-050-929 w godz. 7:30-14:00 od poniedziałku do piątku.***

W dniu udzielania konsultacji anestezjologicznej, należy przedłożyć niżej wymienione dokumenty:- wyniki **PODSTAWOWYCH BADAŃ:**⇒ z krwi: **MORFOLOGIA, POTAS, SÓD, GLUKOZA, KREATYNINA, APTT, INR.**

Dopuszcza się wyniki badań z ostatnich 30 dni przed konsultacją anestezjologiczną

⇒ **EKG (OPISANE PRZEZ LEKARZA).**- potwierdzoną **GRUPĘ KRWI**- wypełnioną **ANKIETĘ ANESTEZJOLOGICZNĄ** oraz przeczytaną **INFORMACJĘ O ZNIECZULENIU I ZGODĘ.**- przygotowaną pisemną **LISTĘ WSZYSTKICH LEKÓW**, ziół, preparatów dietetycznych, które Pacjent przyjmuje (dawka leku i pory przyjmowania).- zapisane pomiary **CIŚNIENIA** z ostatnich 7 dni przed dniem udzielenia konsultacji anestezjologicznej.- **ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA OD LEKARZA RODZINNEGO.**- **ZAŚWIADCZENIE OD SPECJALISTY** - jeśli Pacjent jest pod opieką lekarza specjalisty (kardiologa, pulmonologa, diabetologa, endokrynologa, hematologa, nefrologa, neurologa).- zebraną **DOKUMENTACJĘ** Pacjenta do wglądu: wypisy ze szpitali, zaświadczenia, wyniki wykonanych badań np. ECHO serca, prześwietlenie płuc, spirometria.**Proszę o zapoznanie się z listą dokumentów, które należy przynieść na konsultację anestezjologiczną, znajdującą się na drugiej stronie →→→**

UWAGA!

PONIŻEJ JEST **LISTA DOKUMENTÓW**, KTÓRE PACJENT PRZYNOSI ZE SOBĄ
NA KONSULTACJĘ U ANESTEZJOLOGA.

PROSZĘ JĄ DOKŁADNIE SPRAWDZIĆ PRZED WYJŚCIEM Z DOMU NA WIZYTĘ.

PROSZĘ ZAZNACZYĆ „TAK ☒” JEŚLI DANY DOKUMENT JEST ZABRANY NA WIZYTĘ.

WYNIKI BADAŃ PODSTAWOWYCH oraz innych badań zleconych przez lekarzy	TAK ☐	NIE ☐
WYPEŁNIONA I PODPISANA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA. PRZECYTANA INFORMACJA O ZNIECZULENIU oraz ZGODA NA ZNIECZULENIE	TAK ☐	NIE ☐
ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA OD LEKARZA RODZINNEGO	TAK ☐	NIE ☐
LISTA LEKÓW i INNYCH PREPARATÓW , które Pacjent przyjmuje.	TAK ☐	NIE ☐
WYNIKI POMIARÓW CIŚNIENIA TĘTNICZEGO.	TAK ☐	NIE ☐

oraz **JEŚLI DOTYCZY:**

ZAŚWIADCZENIE OD SPECJALISTY - jeśli Pacjent jest pod opieką lekarza specjalisty lub - jeśli lekarz kwalifikujący do zabiegu zalecił konsultację specjalisty.	TAK ☐	NIE ☐
POSIADANE WYPISY Z POBYTÓW W SZPITALU	TAK ☐	NIE ☐
WYNIKI wykonanych wcześniej badań np. ECHO serca, prześwietlenie płuc, spirometria – mogą być kserokopie.	TAK ☐	NIE ☐

Na wizytę Pacjent powinien założyć wygodny strój, **umożliwiający badanie lekarskie** i jeśli dotyczy: zabrać **OKULARY DO CZYTANIA**, założyć **APARAT SŁUCHOWY**, przynieść **DZIENNICZEK KONTROLI CUKRZYCY**, przynieść **DZIENNICZEK KONTROLI CIŚNIENIA TĘTNICZEGO**.

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA. ZGODA NA ZNIECZULENIE

Nazwisko i imię Pacjenta _____

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

WAGA:

WZROST:

Ankieta anestezyjologiczna służy do zebrania informacji, na podstawie których możliwe będzie wybranie najbardziej korzystnego sposobu postępowania anestezyjologicznego. Podane w ankiecie informacje objęte są tajemnicą dokumentacji medycznej i tajemnicą lekarską. Proszę otoczyć kółkiem właściwą odpowiedź: **Tak lub Nie** oraz zaznaczyć symbolem "x" jednostkę chorobową. Po wypełnieniu dokumentu proszę złożyć podpis na str. 2.

Przykład poniżej:

5.	Czy stwierdzono u Pana/Pani uczulenia ? ☐ leki, jakie? Plaster x jod x lateks ☐ soja ☐ inne		NIE
----	--	---	-----

Proszę zapoznać się z informacjami dotyczącymi ryzyka związanego ze znieczuleniem na str. 3. Wszelkie wątpliwości dotyczące możliwych powikłań związanych ze znieczuleniem będzie można wyjaśnić podczas przedoperacyjnej rozmowy z anestezyjologiem.

UWAGA: Strona 6 dokumentu wypełniana jest dopiero w trakcie wizyty anestezyjologa.

1.	Czy był Pan/Pani operowany(a)? Kiedy? Rodzaj zabiegu?	TAK	NIE
2.	Czy dobrze zniósł/zniosła Pan/Pani znieczulenie?	TAK	NIE
3.	Czy coś szczególnego wydarzyło się w związku ze znieczuleniem u członków najbliższej rodziny?	TAK	NIE
4.	Czy przetaczano Panu/Pani krew lub preparaty krwio pochodne?	TAK	NIE
4a	Czy wystąpiły jakieś powikłania w związku z przetaczaniem krwi/preparatów krwio pochodnych?	TAK	NIE
5.	Czy stwierdzono u Pana/Pani uczulenia? ☐ leki, jakie? ☐ plaster ☐ jod ☐ latex ☐ soja ☐ inne	TAK	NIE
6.	Czy Pan/Pani jest pod opieką lekarza specjalisty? ☐ kardiolog ☐ pulmonolog ☐ neurolog ☐ inny specjalista	TAK	NIE
7.	Czy choruje Pan/Pani na choroby układu krążenia? ☐ choroba wieńcowa ☐ zawał ☐ nadciśnienie tętnicze ☐ zaburzenia rytmu ☐ wada serca ☐ stymulator serca ☐ inne	TAK	NIE
8.	Czy choruje Pan/Pani na choroby układu oddechowego? ☐ astma oskrzelowa ☐ gruźlica ☐ przewlekłe zapalenie oskrzeli ☐ rozedma ☐ inne	TAK	NIE
9.	Czy choruje Pan/Pani na choroby przewodu pokarmowego? ☐ choroba wrzodowa ☐ refluks żołądkowo-przełykowy ☐ zapalenie jelit ☐ inne	TAK	NIE
10.	Czy stwierdzono u Pana/Pani choroby wątroby? ☐ zapalenie wątroby ☐ marskość wątroby ☐ żółtaczka ☐ porfiria ☐ inne	TAK	NIE
11.	Czy choruje Pan/Pani na choroby przemiany materii? ☐ cukrzyca ☐ dna moczaniowa ☐ otyłość ☐ inne.....	TAK	NIE

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA. ZGODA NA ZNIECZULENIE

12.	Czy choruje Pan/Pani na choroby układu wydalniczego ? ☐ niewydolność nerek ☐ dializoterapia ☐ kamica ☐ inne.....	TAK	NIE
13.	Czy choruje Pan/Pani na choroby tarczycy? ☐ nadczynność ☐ niedoczynność ☐ wole Hashimoto ☐ inne.....	TAK	NIE
14.	Czy zdiagnozowano u Pana/Pani choroby neurologiczne lub choroby mięśni? ☐ padaczka ☐ udar ☐ niedowłady ☐ SM ☐ utraty przytomności ☐ miastenia ☐ dystrofia mięśniowa ☐ dystrofia mięśniowa w rodzinie ☐ inne	TAK	NIE
15.	Czy leczy lub leczył(a) się Pan/Pani psychiatrycznie? ☐ od kiedy?/jakie problemy?	TAK	NIE
16.	Czy zaobserwował(a) Pan/Pani u siebie nadmierną skłonność do krwawienia z nosa, przy zranieniu lub skłonność do siniaków?	TAK	NIE
17.	Czy zgłasza Pan/Pani dolegliwości z układu kostno-stawowego? ☐ choroby kości ☐ dyskopatie ☐ choroby kręgosłupa ☐ inne	TAK	NIE
18.	Czy choruje Pan/Pani na choroby oczu? ☐ zaćma ☐ jaskra ☐ okulary ☐ soczewki ☐ nierówne źrenice ☐ inne	TAK	NIE
19.	Czy choruje Pan/Pani na inne , niewymienione wyżej schorzenia? ☐ jakie?	TAK	NIE
20.	Czy leczył/a się Pan/Pani w Oddziale Intensywnej Terapii?	TAK	NIE
21.	Czy się leczył/ła Pan/Pani w szpitalu z powodu COVID-19?	TAK	NIE
22..	Czy nosi Pan/Pani aparat słuchowy?	TAK	NIE
23.	Czy nosi Pan/Pani protezy zębowe?	TAK	NIE
24.	Czy jest Pani w ciąży?	TAK	NIE
25.	Czy stosuje Pan/Pani używki? ☐ papierosy:papierosów dziennie ☐ alkohol: tygodniowo ☐ inne	TAK	NIE
26.	Proszę wymienić przyjmowane leki na stałe:		

Po wypełnieniu proszę złożyć własnoręczny podpis wraz z datą.

Data oraz podpis pacjenta

Data:..... Podpis:.....

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA. ZGODA NA ZNIECZULENIE

Informacje dotyczące możliwych powikłań związanych ze znieczuleniem

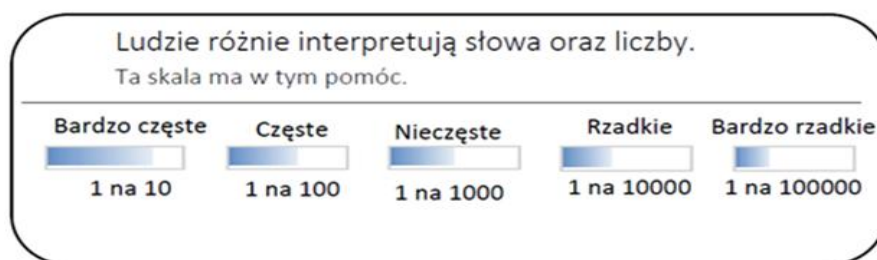
Znieczulenie ogólne (popularnie zwane narkozą) to stan głębokiego uśpienia, całkowitej i odwracalnej utraty świadomości. Stan ten podobny jest do fizjologicznego snu, jednak jest głębszy, wywołany farmakologicznie, a w jego trakcie występuje depresja oddechowa, co oznacza, że pacjent nie jest w stanie oddychać samodzielnie, towarzyszy mu zniesienie reakcji na wszelkie bodźce zewnętrzne, min. ból i dotyk. Znieczulenie ogólne powoduje amnezję czyli nie pamięć, analgezję, czyli zniesienie bólu, a także zahamowanie odruchów rdzeniowych i zwiótczenie mięśni szkieletowych, czyli stan niezbędny podczas operacji chirurgicznej.

Znieczulenie regionalne (inaczej miejscowe, obwodowe) jest metodą blokowania bólu, polegającym na odwracalnym przerwaniu przewodnictwa nerwowego w określonych okolicach ciała. Podczas tego znieczulenia pacjent może pozostać świadomy.

POWIKŁANIA ZWIĄZANE ZE ZNIECZULENIEM (OGÓLNYM LUB REGIONALNYM)

Znieczulenie ogólne = powikłania, które mogą zdarzyć się podczas znieczulenia ogólnego.

Znieczulenie regionalne = powikłania, które mogą się zdarzyć podczas znieczulenia miejscowego (znieczulenie podpajęczynówkowe, znieczulenie zewnątrzoponowe, znieczulenie spłotów i nerwów obwodowych)



Powikłania rzadkie i bardzo rzadkie (ciąg dalszy):

Powikłania bardzo częste i częste:

- Nudności i wymioty (ogólne i regionalne)
- Ból gardła (ogólne)
- Zawroty głowy, zaburzenia widzenia (ogólne)
- Ból głowy (ogólne i regionalne)
- Uraz wargi, języka (ogólne)
- Świąd (ogólne i regionalne)
- Ból mięśni i pleców (ogólne i regionalne)
- Ból podczas wstrzykiwania leku (ogólne i regionalne)
- Zasinienie w miejscach wkłuć (ogólne i regionalne)
- Dezorientacja i zaburzenia pamięci (ogólne i regionalne)
- Popunkcyjny ból głowy (regionalne)

Powikłania nieczęste

- Infekcja dróg oddechowych (ogólne)
- Bóle mięśniowe (ogólne)
- Pogorszenie przewlekłej choroby (ogólne i regionalne)
- Uszkodzenie zębów (ogólne)
- Niezamierzony powrót świadomości w trakcie operacji (ogólne)

Powikłania rzadkie i bardzo rzadkie

- Uraz gałki ocznej (ogólne)
- Zawał serca lub udar (ogólne i regionalne)
- Ciężka reakcja alergiczna (ogólne i regionalne)
- Uraz nerwu lub spłotu nerwowego prowadzący do zaburzenia czucia lub niedowładu kończyn (ogólne i regionalne)
- Krwak lub zakażenie okolicy rdzenia kręgowego prowadzące do niedowładu kończyn (regionalne)

- Zakrzepica i niedokrwienie kończyny (ogólne i regionalne)
- Uszkodzenie czynnościowe mózgu (ogólne i regionalne)
- Śmierć (ogólne i regionalne)

Ryzyko związane z przetaczaniem krwi i preparatów krwiopochodnych:

Częste reakcje:

- Gorączka, rumień, świąd skóry, złe samopoczucie

Rzadkie reakcje

- Reakcja uczuleniowa, która może spowodować nasilone podobne reakcje na przetoczenia preparatów krwiopochodnych w przyszłości
- Duszność spowodowana reakcją uczuleniową
- Zakażenia wirusowe lub bakteryjne pochodzące od dawcy

Bardzo rzadkie reakcje

- Ciężki rozstrój zdrowia lub śmierć

Lista nie wyczerpuje wszystkich możliwych powikłań.

U niektórych pacjentów ryzyko wystąpienia powikłań może być większe niż przedstawione w tabeli (zapytaj lekarza)

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA. ZGODA NA ZNIECZULENIE

UWAGA: Ta strona wypełniana jest dopiero w trakcie wizyty anestezjologa

Nazwisko i imię Pacjenta _____

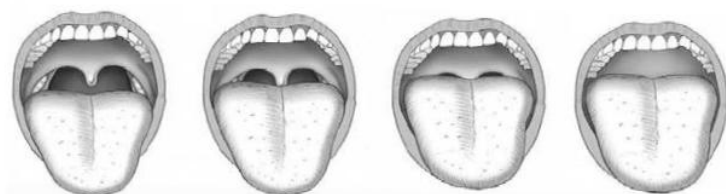
PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ocena ryzyka w skali ASA

Ocena ryzyka w skali LEE

Ocena w skali Mallampatego



ZGODA NA ZNIECZULENIE

I POTWIERDZENIE UZYSKANIA INFORMACJI DOTYCZĄCEJ ZNIECZULENIA

Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacjami dotyczącymi możliwych powikłań związanych ze znieczuleniem oraz udzieliłem/am zgodnych z prawdą informacji o moim stanie zdrowia w ankiecie anestezjologicznej.

Zostałem/am także dokładnie i zrozumiale poinformowany/a o sposobie znieczulenia do mojej operacji (lub zabiegu) oraz – jeśli to konieczne – transfuzji krwi i preparatów krwipochodnych. W przekazanych mi informacjach anestezjolog omówił zalety i ryzyko proponowanej metody znieczulenia oraz alternatywne formy znieczulenia. Wszystkie informacje są dla mnie w pełni zrozumiałe.

Proponowane znieczulenie:

oraz procedury związane z koniecznością przeprowadzenia znieczulenia:

☐ Kaniulacja naczyń obwodowych

☐ Kaniulacja naczyń tętniczych

☐ Kaniulacja naczynia centralnego

Inne :

Miałem/am możliwość zadania pytań dotyczących znieczulenia i uzyskałem/am wyczerpującą odpowiedź.

Zgłaszam następujące uwagi do proponowanego znieczulenia:

Przyjmuję do wiadomości, że w celu ratowania mojego życia w sytuacji wystąpienia wcześniej nie możliwych do przewidzenia okoliczności, anestezjolog może rozszerzyć zakres znieczulenia.

Rozumiem, że jestem zobowiązany/a do zastosowania się do przekazanych mi instrukcji postępowania w celu zapewnienia bezpieczeństwa znieczulenia.

Na podstawie powyższych informacji wyrażam zgodną proponowane znieczulenie

☐ TAK/ ☐ NIE

Pacjent (lub opiekun prawny) podpisujący zgodę:

Nazwisko i imię _____

Podpis _____

Data _____

Lekarz anestezjolog podpisujący dokument:

Nazwisko i imię, nr prawa wykonywania zawodu _____

Podpis _____