Medicina
Zdrowie pod opieką

PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA
(wypełniają rodzice dziecka)

Szanowni Państwo,
operacja u dziecka zostanie przeprowadzona w znieczuleniu ogólnym. Za przeprowadzenie znieczulenia jak również za utrzymanie podczas zabiegu ważnych dla życia czynności organizmu odpowiedzialny jest anestezjolog. W niektórych przypadkach znieczulenie ogólne będzie uzupełnione znieczuleniem przewodowym (miejscowym) powodującym bezbolesność operowanej części ciała, także kilka godzin po operacji. Wybieramy zawsze postępowanie, które jest najlepsze dla przewidywanej operacji i najmniej obciąża dziecko. Aby wykonać zabieg operacyjny dziecko nie może być w trakcie lub bezpośrednio po ostrej chorobie infekcyjnej, a w szczególności nie może mieć podwyższonej temperatury ciała, kaszlu, biegunki, wysypki itd. W razie choroby dziecka prosimy o wcześniejsze powiadomienie szpitala. Tel.: 12 266 50 62. Przez 6 godzin przed zabiegiem dziecku nie wolno jeść ani pić, aby zapobiec przypadkom dostania się treści pokarmowej do dróg oddechowych. Dla niemowląt czas ten wynosi 4 godziny.

Odpowiadając na pytania tej ankiety dotyczącej stanu zdrowia dziecka umożliwiacie Państwo wybór optymalnego sposobu postępowania podczas zabiegu operacyjnego.

Nazwisko	Imię dziecka	Wiek

1.Czy dziecko było kiedykolwiek leczone w szpitalu? ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM
Jeśli tak, to z jakiego powodu? .....
2. Czy dziecko było operowane? ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM
jeśli tak, to kiedy i dlaczego? .....
3. Czy w czasie znieczulenia zdarzyło się coś szczególnego? ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM
Jeśli tak, to co? .....
4. Czy dziecko zażywa jakieś lekarstwa? ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM
Jeśli tak, to jakie? .....
5. Układ krążenia
- Czy wydolność fizyczna jest ograniczona? ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM
- Czy dziecko sinieje przy dużych wysiłkach? ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM
- Czy stwierdzono u dziecka wadę serca? ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM

6. Układ oddechowy
- Czy dziecko często choruje na zapalenie oskrzeli? ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM
- Czy ma duszności? ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM
- Czy choruje na astmę? ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM
- Czy choruje na inne choroby płuc (jakie?) ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM

.....

7. Wątroba, nerki, skłonność do krwawień
- Czy dziecko chorowało na wirusowe zapalenie wątroby (WZW, żółtaczka zakaźna)? ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM
- Czy choruje na schorzenie dróg moczowych? ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM
- Czy ma wzmożoną skłonność do krwawień i siniaków? ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM

8. Układ nerwowy

- Czy dziecko cierpi na choroby układu nerwowego? ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM
- Czy występowały kiedykolwiek drgawki? ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM
- Czy stwierdzono u dziecka choroby mięśni, osłabienie mięśni?

9. Przemiana materii

- Czy dziecko choruje na cukrzycę? ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM
- Czy stwierdzono u dziecka choroby tarczycy, nadnerczy? ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM

10. Czy dziecko jest uczulone na:

- leki, ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM
- pewne pokarmy, ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM
- inne czynniki? ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM

11. Jeżeli dziecko jest alergikiem, czy występują u niego:

- wysypki skórne, pokrzywka, ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM
- kłopoty z oddychaniem, duszność, ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM
- katar alergiczny? ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM

12. Czy dziecko ma ruszające się zęby lub aparat korekcyjny? ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM

13. Czy jakiekolwiek problemy istotne dla stanu zdrowia dziecka nie zostały dotąd poruszone?

.....

.....

14. W dniu zabiegu dziecko jest na czczo ☐ TAK ☐ NIE Nie jadło i nie piło od.....godzin.

Poniższą część ankiety proszę wypełnić po rozmowie z lekarzem anestezjologiem

OŚWIADCZENIE

Anestezjolog, dr ..... przeprowadził/a ze mną rozmowę, podczas której wyjaśnił/a mi przebieg znieczulenia mojego dziecka. Zrozumiałam/łem te wyjaśnienia, mogłam/łem zadać pytania dotyczące wszystkich interesujących mnie problemów związanych ze znieczuleniem, w szczególności dotyczących sposobu znieczulenia, jego wad i zalet oraz ewentualnych zagrożeń z nim związanych.

ZGODA NA ZNIECZULENIE

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego w znieczuleniu .....
(ogólnym, zewnątrzoponowym, podpajęczynówkowym)

Zgadzam się ponadto na wszelkie niezbędne postępowanie anestezjologiczne poprzedzające znieczulenie i towarzyszące mu. Rozumiem również, że może być konieczna zmiana rodzaju znieczulenia wynikająca z sytuacji medycznej oraz przyjmuję do wiadomości, że może okazać się potrzebna transfuzja krwi, w czasie trwania znieczulenia.

Uwagi o <u>ewentualnym braku zgody</u> na pewne rodzaje postępowania medycznego:

.....

.....

.....

.....	.....	.....
data	podpis lekarza	podpis rodziców