Medicina
Zdrowie pod opieką

PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Zadaniem anestezjologa jest znieczulenie pacjenta umożliwiające bezbolesne przeprowadzenie zabiegu operacyjnego. Anestezjolog dba o bezbolesność operacji przez zastosowanie znieczulenia ogólnego lub znieczulenia przewodowego powodującego bezbolesność tylko operowanej części ciała. W czasie operacji anestezjolog dba o bezpieczeństwo pacjenta, a po jej zakończeniu stosuje leczenie zapewniające bezbolesność.
Pewne operacje można przeprowadzić w znieczuleniu ogólnym, a inne w znieczuleniu regionalnym. Obydwa rodzaje znieczulenia mogą spowodować powikłania, o których poinformuje Państwa anestezjolog w czasie wizyty przedoperacyjnej.
Aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia powikłań, musicie Państwo wypełnić ankietę otrzymaną przed operacją, na podstawie zebranych informacji anestezjolog wybierze najbardziej korzystany rodzaj znieczulenia. Podczas rozmowy z lekarzem anestezjologiem prosimy o podpisanie zgody na wybrany rodzaj znieczulenia.

Nazwisko	Imię	
Data urodzenia	Wzrost	Waga
Zawód		
Adres		
ROZPOZNANIE / ZABIEG:		

Czy leczy się Pan/i ostatnio? ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM

Jeśli tak, to na jakie schorzenie?
.....

Jakie leki obecnie Pan/i przyjmuje?
.....

Czy był/a już Pan/i operowany/a?
a. ..... w roku.....
b. ..... w roku.....
c. ..... w roku.....
d. ..... w roku.....

Czy dobrze Pan/i znosił/a znieczulenie? ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM

Czy miał/a Pan/i transfuzję krwi? ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM

Choroby serca (zawał, zapalenie, wada, niedokrwienie mięśnia sercowego) ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM

Choroby serca (zawał, zapalenie, wada, niedokrwienie mięśnia sercowego) ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM

Choroby krążenia (ciśnienie krwi wysokie, niskie, omdlenie, zmęczenie, duszności) ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM

Choroby naczyń (żylaki, bóle łydek przy chodzeniu, złe ukrwienie kończyn, zapalenie żył) ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM

Choroby płuc (gruźlica, zapalenie płuc, rozedma, pylica) ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM

Choroby dróg oddechowych (astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli) ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM

Choroba żołądka (zapalenie, choroba wrzodowa) ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM

Choroba wątroby (żółtaczka, stłuszczenie wątroby) ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM

Choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamienie nerkowe, trudności w oddawaniu moczu) ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM

Choroby przemiany materii (cukrzyca, dna) ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM

Choroby tarczycy (wole obojętne, nadczynność, niedoczynność) ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM

Choroby oczu (jaskra) ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM

Choroby nerwów (porażenia, drgawki, udar) ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM

Zmiany nastroju (depresja, nerwica) ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM

Choroby układu szkieletowego (bóle korzonkowe, zmiany kręgosłupa, stawów, osłabienie mięśni) ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM

Choroby krwi i układu krzepnięcia (skłonność, do krwawień, siniaków) ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM

Uczulenia (katar sienny, wysypka, uczulenie na pokarmy, leki, plastry, jodynę) ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM

Inne schorzenia nie wymienione powyżej. Jakie?
.....

Czy jest Pani w ciąży? ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM

Kiedy ostatnio miała Pani miesiączkę?
.....

Czy nosi Pan/i protezy zębowe lub szkła kontaktowe? ☐ TAK ☐ NIE

Czy pali Pan/i papierosy?
a. Jeśli tak to ile?
.....
b. Od kiedy już nie?
.....

Czy pije Pan/i alkohol? ☐ TAK ☐ RZADKO ☐ NIEWIELE ☐ REGULARNIE ☐ REGULARNIE DUŻO

Czy zażywa Pan/i środki uspokajające lub nasenne? ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM
Jakie?.....

W dniu zabiegu pacjent jest na czczo ☐ TAK ☐ NIE Nie jadł i nie pił od.....godzin.

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Lekarz..... przeprowadził/a ze mną dzisiaj rozmowę wyjaśniającą problem znieczulenia do operacji. Podczas tej rozmowy mogłem/am pytać o wszystkie interesujące mnie problemy dotyczące rodzaju znieczulenia, związanego z nim ryzyka oraz innych okoliczności przed i pooperacyjnych.

ZGODA NA ZNIECZULENIE

Niniejszym wyrażam zgodę na znieczulenie ogólne/regionalne do zabiegu..... jak również na towarzyszące temu postępowanie (infuzję, transfuzję, leczenie krążeniowe, oddechowe) w czasie i po zabiegu. Zgadzam się na medyczne zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego w tym rodzaju znieczulenia.

Podpis lekarza..... Podpis lekarza.....

Uwagi lekarza:
.....
.....
.....
.....
.....