

PL

PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Zadaniem anestezjologa jest zapewnienie największego bezpieczeństwa i komfortu pacjentowi podczas zabiegów operacyjnych lub diagnostycznych. Anestezjolog troszczy się o zniesienie bólu przez podanie leków przeciwbólowych lub znieczulenie ogóle (narkozę) pacjenta. Pewne zabiegi można przeprowadzić w znieczuleniu regionalnym (przewodowym) obejmującym tylko określoną część ciała. Znieczulenie takie tylko w niewielkim stopniu obciąża organizm. Wbrew obawom niektórych pacjentów znieczulenie regionalne w okolicy kręgosłupa (rdzeniowe, nadoponowe) niezwykle rzadko powoduje uszkodzenie nerwów. Anestezjolog nadzoruje czynność organizmu podczas zabiegu i natychmiast leczy występujące powikłania.

Ankieta przedoperacyjna służy do zebrania informacji, na podstawie których możliwe będzie wybranie najbardziej korzystnego postępowania anestezjologicznego. Pana(i) współpraca przyczyni się do optymalnego przebiegu znieczulenia. Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania. Podczas rozmowy z anestezjologiem proszę o stawianie dalszych pytań i podpisanie zgody na znieczulenie dopiero w jego obecności.

IMIĘ I NAZWISKO	TELEFON KONTAKTOWY	WIEK	WAGA	WZROST
-----------------	--------------------	------	------	--------

Data operacji	Rodzaj planowanej operacji	Nazwisko chirurga lub miejsce gdzie odbędzie się operacja
---------------	----------------------------	-----------------------------------------------------------

Proszę podkreślić lub **wytluszczyć** właściwą odpowiedź: „*tak, nie, nie wiem*”.

Przy odpowiedzi „*tak*” proszę podkreślić lub **wytluszczyć** nazwę podanej w nawiasie choroby lub udzielić szczegółowej odpowiedzi

-Czy leczy się Pan(i) na jakieś schorzenia?

.....*tak nie nie wiem*

Jeśli tak to na jakie?

-Jakie leki Pan(i) przyjmuje?

-Czy był(a) Pan(i) operowana?

..... *tak*
nie nie wiem

Jakie to były operacje, w którym roku?

-Czy dobrze zniósł(a) Pan(i) znieczulenia?

.....tak nie nie wiem

-Czy miał(a) Pan(i) transfuzje krwi?

.....tak nie
nie wiem

-Kiedy?

-Czy były przy tych transfuzjach jakieś komplikacje?

.....tak nie nie wiem

Czy przechodził(a) Pan(i) następujące choroby:

-Choroby serca (*niedokrwienie, zawał, zaburzenia rytmu, wada*).....tak nie nie wiem

-Jeśli zawał to kiedy?

-Choroby krążenia (*wysokie ciśnienie krwi, niskie ciśnienie krwi, duszności, szybkie męczenie się*)

tak nie nie wiem

-Choroby naczyń (*miażdżyca, żylaki, bóle łydek przy chodzeniu, marznięcie nóg, skurcze łydek, złe ukrwienie kończyn, zapalenie żył*) tak nie nie wiem

-Choroby płuc (*zapalenie, gruźlica, rozedma, pylica, astma oskrzelowa, przewlekła obturacyjna choroba płuc*).....tak nie nie wiem

-Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, zgaga, zapalenie żołądka

.....tak nie nie wiem

-Choroby wątroby lub trzustki (*zapalenie wątroby, zapalenie trzustki, żółtaczkę, choroby woreczka żółciowego, niewydolność wątroby*)

tak nie nie wiem

-Choroby nerek (*zapalenie, kamienie nerkowe, trudności w oddawaniu moczu*)

..... tak nie nie wiem

-Cukrzyca, dna moczanowa, porfiria

..... tak nie nie wiem

-Choroby tarczycy (*nadczynność, niedoczynność, wole obojętne*)

..... tak nie nie wiem

-Jaskra? tak nie nie wiem

-Udar mózgowy, utrata przytomności, drgawki, padaczka, porażenia nerwów

..... tak nie nie wiem

-Depresja, nerwica..... tak nie nie wiem

-Choroby kręgosłupa, kości, stawów..... tak nie nie wiem

Jeśli tak to jakie to choroby?

-Choroby mięśni..... tak nie nie wiem

-Czy występuje u Pana (Pani) przedłużone krzepnięcie krwi przy skaleczeniach?

.....tak nie nie wiem

-Czy ma Pan(i) skłonność do siniaków?

.....tak nie nie wiem

-Alergie (*katar sienny, duszności, wysypka, uczulenia na plaster, jodynę, leki, soję, białko jaja kurzego*) tak nie nie wiem

Jeśli tak to na co?

-Kiedy ostatni raz był Pan(i) przeziębiony, chorował na gardło, krtań, oskrzela?

-Jeśli choruje Pan(i) na choroby nie wymienione powyżej proszę podać jakie.

-Czy ma Pan(i) nasilony odruch

wymiotny?.....tak nie

-Czy nosi Pan(i) protezy zębowe?

..... tak nie

-Czy ma Pan(i) założone kolczyki (nie dotyczy kolczyków w uszach) tak nie

Jeśli tak to gdzie?

-Czy pali Pan(i) papierosy?

..... *tak nie*

Jeśli tak to ile?

-Czy pije Pan(i) alkohol regularnie?

..... *tak nie*

-Czy zażywa Pan(i) leki uspokajające lub nasenne?

..... *tak nie*

Jeśli tak to jakie?

-Czy bierze Pan(i) jakieś narkotyki?

..... *tak nie*

-Czy jest Pani w ciąży?*tak nie nie wiem*

-Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę?

- Czy rodziła Pani dzieci?.....TAK/ NIE/ nie wiem

Jeżeli TAK:

-Kiedy miał/miały miejsce poród/porody?

-Czy poród był naturalny, czy przez cesarskie cięcie?.....

-Czy wystąpiły jakieś komplikacje?.....TAK/NIE/ nie wiem



OŚWIADCZENIE PACJENTA (do wypełnienia w Klinice)

Dr przeprowadził ze mną rozmowę wyjaśniającą problem znieczulenia do operacji. Podczas tej rozmowy mogłem(am) pytać o wszystkie interesujące mnie problemy dotyczące znieczulenia, związanego z nim ryzyka oraz innych okoliczności okołoperacyjnych. Wszystko zrozumiałem(am), nie mam więcej pytań i wyrażam zgodę na znieczulenie oraz towarzyszące temu postępowanie przed, w czasie i po zabiegu. Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany postępowania anestezyjologicznego w tym zmianę rodzaju znieczulenia.

Oświadczam, że nie będę spożywać żadnych pokarmów w czasie ostatnich sześciu godzin poprzedzających operację ani przyjmować żadnych płynów w czasie ostatnich dwóch godzin poprzedzających operację

Oświadczam, że w czasie 24 godz po operacji nie będę prowadził(a) samochodu ani obsługiwał(a) urządzeń mechanicznych. Do domu udam się w towarzystwie dorosłego opiekuna.

W dniu operacji nie będę stosował(a) żadnego kremu na twarz.

.....
Podpis Doktora

.....
Podpis Pacjenta
(w obecności doktora)



WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY

(dotyczy przeszłości Pacjenta w okresie ostatnich 6 miesięcy przed przyjęciem do Szpitala)

Nazwisko i imię

Data urodzenia.....

Wzrost.....

Waga.....

1. Czy chorował/a Pan/i na wirusowe zapalenie wątroby? **TAK/ NIE** KIEDY.....

2. Czy chorowała Pan/i na inne choroby zakaźne? **TAK/ NIE** JAKIE.....

3. Miał/a Pan/i kontakt z chorym na wirusowe zapalenie wątroby? **TAK/NIE**

4. Czy wykonano u pacjenta/ki szczepienie przeciw WZW typ B?

- szczepienie zakończono **TAK/NIE**

- szczepienie w trakcie **TAK/NIE**

- nie byłem/am szczepiony/a **TAK/NIE**

5. Ostatnia hospitalizacja: **GDZIE**.....**KIEDY**.....

6. Czy wykonano zabiegi operacyjne **TAK/NIE**

7. Czy pacjentka korzystał/a z usług gabinetów: stomatologicznego, okulistycznego,

ginekologicznego, urologicznego, pogotowia ratunkowego, poradni? **TAK/ NIE**

KIEDY.....

8. Czy podczas wykonywania w/w usług doszło do przerwania ciągłości tkanek?

TAK/NIE

9. Czy pacjentka miał/a zakładane kolczyki? **TAK/NIE**

10. Czy pacjentka miał/a wykonywany tatuaż, akupunkturę? **TAK/NIE**

11. Czy pacjentka miał wykonywane następujące badania diagnostyczne:

- pobieranie krwi **TAK/ NIE**

- wziernikowanie/endoskopia, cystoskopia, bronchoskopia **TAK/NIE**

- testy alergiczne **TAK/NIE**

- punkcje, biopsje **TAK/NIE**

12. Czy pacjentka miał/a wykonywane iniekcje dożylna, domięśniowe, podskórne?

TAK/NIE

13. Czy pacjent przyjmował narkotyki drogą pozajelitową? **TAK/NIE**

14. Czy pacjentka był/a leczona/y antybiotykami? **TAK/NIE**

15. Czy u pacjenta/ki wykonano transfuzję krwi? **TAK/NIE**

Podpis i pieczętka lekarza zbierającego
wywiad

.....
Podpis pacjenta/pacjentki