

# ANKIETA KWALIFIKACYJNA DO ZNIECZULENIA

## Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii

### Informacja dla pacjenta / rodziców pacjenta

#### Szanowni Państwo!

Informacje zawarte w tej ankiecie mają na celu właściwe przygotowanie chorego do znieczulenia. Znieczulenie jest procedurą bezpieczną, tym niemniej wiele czynników zwiększa ryzyko wystąpienia powikłań. Do czynników tych należą m. in. schorzenia ostre i przewlekłe, alergie, stosowane dotychczas leczenie, przyjmowanie wielu środków i powszechnie stosowanych leków. Dlatego niezwykle istotne jest staranne i zgodne z prawdą wypełnienie tej ankiety. Należy odpowiedzieć na wszystkie zawarte w ankiecie pytania. W przypadku starszych dzieci i młodzieży należy wypełnić ankietę wspólnie. Na jej podstawie anestezjolog dokona kwalifikacji do znieczulenia oraz wybierze najlepszy rodzaj znieczulenia. W przypadkach uzasadnionych bezpieczeństwem pacjenta zabieg może zostać przesunięty na inny termin. Najczęstszymi przyczynami takiego postępowania są: obecność niewyrównanej choroby współistniejącej, ostra infekcja, spożyty niedawno posiłek, brak podstawowych badań oraz wysokie ryzyko okołoperacyjne wystąpienia powikłań. Do możliwych powikłań znieczulenia należą m. in.: zgon, niewydolność krążenia (zapaść, wstrząs), niewydolność oddychania, reakcje alergiczne, zaburzenia rytmu serca, uszkodzenia naczyń i nerwów, zaostrzenie współistniejącej choroby, odma opłucnowa, nudności, wymioty, zakażenie miejscowe, sepsa, udar mózgu, zatorowość płucna, powikłania zakrzepowe, hipertermia złośliwa i inne. Znaczne nasilenie wyżej wymienionych zaburzeń może prowadzić do konieczności leczenia w Oddziale Intensywnej Terapii, kalectwa lub nagłego zgonu.

Po przeanalizowaniu ankiety anestezjolog spotka się z Państwem w celu przedstawienia postępowania okołoperacyjnego, szacowanego ryzyka oraz uzyskania Państwa świadomej zgody na znieczulenie. W żadnym wypadku nie wolno podpisywać zgody pod nieobecność anestezjologa oraz przed uzyskaniem odpowiedzi na wszelkie nurtujące Państwa wątpliwości. Prosimy również pamiętać, że wyrażenie zgody na zabieg operacyjny nie jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na znieczulenie.

Ankietę wypełnia się w 3 kopiach: jedna trafia do archiwum Kl. Anestezjologii i Intensywnej Terapii, jedna pozostaje w dokumentacji chorego, trzecią otrzymuje pacjent przy wyjściu ze szpitala.

#### Wypełnić w przypadku dzieci do końca 2 roku życia.

Przebieg ciąży: która ciąża:                      który poród: poród                                      [ ] niepowikłany punktacja APGAR: dziecko przebywało na Intensywnej Terapii [ ] karmione:                      [ ] piersią szczepienia:                      [ ]wg kalendarza ostatnie szczepienie, data:	w którym tygodniu ciąży: [ ] powikłany, czym:  w inkubatorze [ ] [ ] mieszankami z butelki [ ] inaczej, dlaczego?:
--	---

#### Układ krążenia:

Choroba niedokrwienności serca: [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM stosowane leki:	Nadciśnienie tętnicze: [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM stosowane leki: przeciętne wartości ciśnienia:
Wada serca: [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM wrodzona [ ] rodzaj: nabyta [ ] operowana: [ ] TAK [ ] NIE rodzaj i data operacji:	Stan po przeszczepie serca: [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM data: przyjmowane leki:
Zaburzenia rytmu serca: [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM jakie: [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM stosowane leki:	Duszność: [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM w jakich sytuacjach:
Kardiomiopatia: [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM przyczyna: [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM stosowane leki:	Niewydolność krążenia: [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM stopień nasilenia wg AHA/CCS stosowane leki:

#### Układ oddechowy:

Astma: [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM stosowane leki: [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM czynniki wyzwalające napad:	Przewlekłe zapalenie oskrzeli: [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM stosowane leki:
Mukowiscydoza płucna: [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM stosowane leki:	Rozedma: [ ] TAK [ ] NIE [ ] NIE WIEM stosowane leki:

Inne schorzenia: jakie: stosowane leki:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM	Zespół bezdechu sennego: przyjmowane leki:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM
<b>Układ nerwowy i mięśniowy:</b>			
Mózgowe porażenie dziecięce: rehabilitowane	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM	Padaczka: stosowane leki: ostatni napad, data	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM
Autyzm: sposób leczenia:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM	Zaburzenia psychiczne: jakie: przyjmowane leki:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM
Dystrofia mięśniowa: jakiego typu: przyjmowane leki:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM	Zespół miotoniczny: jakiego typu: przyjmowane leki:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM
Miastenia: przyjmowane leki:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM	Neuropatia: jakiego typu: przyjmowane leki:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM
<b>Przewód pokarmowy</b>			
Choroba wrzodowa: przyjmowane leki:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM	Choroby zapalne jelit: przyjmowane leki:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM
Marskość wątroby: przyczyna: przyjmowane leki:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM	Zespół złego wchłaniania: przyczyna: przyjmowane leki:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM
<b>Choroby metaboliczne i endokryne:</b>			
Cukrzyca: stosowane leki typowe wartości glikemii:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM	Hiperlipidemia: typ: stosowane leki	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM
Nadczynność tarczycy: przyjmowane leki:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM	Niedoczynność tarczycy: przyjmowane leki:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM
Otyłość: jakiego typu: BMI:                      leczenie:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM	Wyniszczenie: przyczyna: BMI:                      leczenie:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM
Choroby nadnerczy: jakiego typu: przyjmowane leki:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM	Guz chromochłonny: przyjmowane leki:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM
<b>Układ krwionośny:</b>			
Hemofilia A lub B: przyjmowane leki:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM	Białaczka, chłoniak: przyjmowane leki:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM
Małopłytkowość: przyjmowane leki:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM	Niedokrwistość: jakiego typu: przyjmowane leki:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM
Skaza naczyńniowa: jakiego typu: przyjmowane leki:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM	Inne zaburzenia: jakiego typu: przyjmowane leki:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM
<b>Układ moczowy:</b>			
Niewydolność nerek: stosowane leki leczona dializami: ostatnia dializa, data	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Zapalenie nerek: Rodzaj: stosowane leki: ostatnie zaostrzenie, data	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM
Stan po przeszczepie nerki: data: przyjmowane leki:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM	Wady wrodzone ukł. moczowego: jakie: operowane:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>Choroby zakaźne</b>			
Zapalenie wątroby typ B: przyjmowane leki:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM	Zapalenie wątroby typ C: przyjmowane leki:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM
Cytomegalia: przyjmowane leki:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM	AIDS, nosiciel HIV: przyjmowane leki:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM
Gruźlica: przyjmowane leki:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM	Inna: jaka: przyjmowane leki:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM
<b>Alergie</b>			

Alergie na leki: jakie: rodzaj reakcji:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM	Uczulenia kontaktowe: na co: przyjmowane leki:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM
Katar sienny: alergeny: przyjmowane leki:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM	Uczulenia na pokarmy: jakie: rodzaj reakcji:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM

### Użytki

Alkohol: ile tygodniowo: jak często:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM	Papierosy: ile dziennie: jak długo:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM
Narkotyki: jakie: sposób przyjmowania: <input type="checkbox"/> dożylnie <input type="checkbox"/> doustnie <input type="checkbox"/> wziewnie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM	Sterydy anaboliczne i stymulanty: jakie: jak często:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM

### Krew i preparaty krwiotopoczne

Przetoczenia krwi: kiedy: powód:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM	Osocze, albuminy: kiedy: powód:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM
--	---	---------------------------------------	---

### Wywiad rodzinny:

Czy w rodzinie zdarzyły się przypadki nagłego zgonu w czasie operacji: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM	Czy w rodzinie występowały choroby mięśni: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM
---	---

### Dotychczasowe operacje:(wymienić ostatnie 3 zabiegi)

rodzaj zabiegu				data
rodzaj znieczulenia				
powikłania po znieczuleniu:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> NIE WIEM	
jakie:				
rodzaj zabiegu				data
rodzaj znieczulenia				
powikłania po znieczuleniu:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> NIE WIEM	
jakie:				
rodzaj zabiegu				data
rodzaj znieczulenia				
powikłania po znieczuleniu:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> NIE WIEM	
jakie:				

### Inne uwagi dotyczące stanu zdrowia:

## Zgoda na znieczulenie i inne procedury związane ze znieczuleniem

Oświadczamy, że wyżej podane informacje są prawdziwe. Zdajemy sobie sprawę, że zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji może spowodować stan bezpośredniego zagrożenia życia u osoby znieczulanej. Uzyskaliśmy pełną informację dotyczącą aktualnego znieczulenia i postępowania okołoperacyjnego. Otrzymaliśmy wyczerpujące odpowiedzi na nasze pytania. Mając świadomość, że brak zgody na niektóre czynności może spowodować odmowę wykonania znieczulenia wyrażamy zgodę i prosimy o wykonanie następujących procedur:

Znieczulenie ogólne:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Znieczulenie przewodowe:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Założenie wkłucia centralnego:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Założenie kaniuli dotętniczej:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Założenie cewnika do pęcherza:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Założenie sondy do żołądka:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Przetoczenie krwi lub prep. krwiotopocznych:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Leczenie w Oddz. Intensywnej Terapii:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Resuscytację krążeniowo-oddechową:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Inne konieczne procedury:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Stopień pokrewieństwa:	Podpis:
Stopień pokrewieństwa:	Podpis:
W przypadku dziecka w wieku od 16 lat	Podpis:

**Ocena anestezyjologiczna:**

ASA:	I	II	III	IV	V	E	Malampati:	I	II	III	IV
							McCormack:	I	II	III	IV
Kwalifikacja do znieczulenia:	[ ]ogólne [ ]krótkie i.v.		[ ]przewodowe			[ ]złożone			[ ]analgesedacja		
Ryzyko okołoperacyjne:	[ ]przeciętne		[ ]powyżej przeciętnej			[ ]wysokie			[ ]bardzo wysokie		

**Zlecenia przedoperacyjne:**

	Podpis:

**Zlecenia pooperacyjne:**

1. monitorowanie RR, tętna, oddechu, diurezy, temperatury	
2. przeciwbólowo:	
3. przetoczyć	
W ciągu                      godzin.	
4. może jeść i pić	
Uwagi odnośnie przebiegu znieczulenia:	
	Podpis: