



**1. INFORMACJA O ZNIECZULENIU I UŚMIERZANIU BÓLU POOPERACYJNEGO**  
**2. ANKIETA PRZEDOPERACYJNA STANU ZDROWIA DZIECKA**

Nazwisko i imię dziecka.....

PESEL / wiek ...../..... nr historii choroby .....

Adres .....

masa ciała / wzrost (cm) .....

Przed wypełnieniem ankiety anestezjologicznej prosimy o zapoznanie się z informacjami o znieczuleniu oraz o uśmierzaniu bólu pooperacyjnego. Proszę uważnie przeczytać ankietę i odpowiedzieć na zawarte w niej pytania!

Zadaniem lekarza anestezjologa jest zapewnienie dziecku jak największego bezpieczeństwa i komfortu podczas znieczulenia do zabiegu operacyjnego. Prosimy o zapoznanie się z informacjami zamieszczonymi poniżej (integralną częścią ankiety jest świadoma zgoda rodzica/opiekuna prawnego dziecka, na zaproponowane przez lekarza anestezjologa znieczulenie. Zgodę należy podpisać w obecności lekarza anestezjologa.

**Informacje o przebiegu znieczulenia ogólnego**

Zdecydowana większość zabiegów operacyjnych u dzieci przeprowadzana jest w znieczuleniu ogólnym. Znieczulenie ogólne (pełne uśpienie/narkoza) zapewnić ma dziecku pełen komfort w czasie wykonywanej operacji, nieodczuwanie bólu, spokój i niepamięć zdarzeń odbytego zabiegu. Znieczulenie ogólne to okres czasowego, kontrolowanego, odwracalnego i całkowitego zniesienia bólu, świadomości i odruchów obronnych osoby znieczulanej. Przed każdym zabiegiem operacyjnym Państwa dziecko czeka podwójna kwalifikacja - lekarza laryngologa/chirurga dotycząca rodzaju zabiegu oraz – lekarza anestezjologa dotycząca wyboru najkorzystniejszej metody znieczulenia. Możliwość wystąpienia niezmiernie rzadkich i zagrażających życiu powikłań w czasie i po znieczuleniu ograniczy wnikliwa analiza danych o stanie zdrowia dziecka przedstawionych nam przez rodziców (przedstawicieli ustawowych) w ankiecie anestezjologicznej. Prosimy o przedstawienie dziecku celu przybycia do szpitala. Dziecko świadome zachowuje się bardziej ufnie i spokojnie. Dołożymy wszelkich starań, aby pobyt w naszym szpitalu nie przysporzył dziecku nieprzyjemnych wrażeń. Przed zabiegiem wskazane jest, aby dziecko skorzystało z toalety.

**Przygotowanie do znieczulenia ogólnego:**

1. Około pół godziny przed operacją dziecko otrzyma lek uspokajający w postaci syropu lub tabletki. Lekarstwo zmniejsza poziom lęku, ułatwia przeniesienie dziecka w obecności pielęgniarki na salę operacyjną oraz łagodzi stres przy rozpoczęciu znieczulenia/narkozy. Wcześniej podany lek wystarcza najczęściej do założenia wkłucia dożylnego (kolorowego motylka) niezbędnego do podania leków i rozpoczęcia znieczulenia/narkozy. Prosimy o zaufanie – od tego momentu zespół anestezjologiczny (lekarz + pielęgniarka) przejmuje opiekę nad dzieckiem.
2. Znieczulenie ogólne dotchawicze to najczęściej wykonywana forma znieczulenia ogólnego u dzieci. Polega ono na podaniu leków nasennych, przeciwbólowych i zmiotczających (dożylnie lub wziewnie - na maskę). W kolejnej fazie wprowadzana jest rurka intubacyjna, którą łączy się z aparatem do znieczulenia/narkozy.

W czasie trwania zabiegu chirurgicznego zespół anestezjologiczny/lekarz anestezjolog i współpracująca z nim pielęgniarka anestezjologiczna/ będą czuwać m.in. nad prawidłową akcją serca i krążeniem krwi, oddechem i monitorować pomiary ciśnienia krwi, jej wysycenia tlenem, kontrolować tętno i zapis EKG pracy serca, temperaturę ciała.

3. Po zakończeniu operacji i narkozy usuwana jest rurka intubacyjna. Dziecko, które samodzielnie oddycha trafia na pooperacyjną salę obserwacyjną, gdzie przez ok. 30 min. jest pilnie nadzorowane. Po okresie obserwacji dziecko przekazywane jest rodzicom oraz zespołowi pielęgniarek i lekarzy oddziału szpitalnego, wraca na salę chorych. Nadal jest obserwowane i leczone zgodnie z zaleceniami lekarskimi (kroplówki, leki przeciwbólowe, a następnie płyny doustne.
4. Zdarza się, że dziecko po zabiegu może czuć się dezorientowane, pobudzone – wtedy potrzebna jest współpraca pomiędzy rodzicem/opiekunem, a zespołem lekarsko-pielęgniarskim.
5. Powikłania znieczulenia ogólnego zagrażające zdrowiu lub życiu dziecka w chirurgii planowej są niezmiernie rzadkie, a częstość zgonów ocenia się na ok. 1 : 1 000 000. Ryzyko poważnych powikłań jest wyższe w przypadku dzieci obciążonych poważnymi schorzeniami ogólnymi oraz operowanych w trybie pilnym. Ogromna większość potencjalnych powikłań ma charakter lekkich i przemijających dolegliwości nie pozostawiających żadnego uszczerbku na zdrowiu. W piśmiennictwie medycznym wymienia się wg częstości ich występowania: bóle gardła, drapanie, trudności w przełykaniu, uczucie braku powietrza i trudności w oddychaniu, nudności i wymioty, chwilowe odzyskanie świadomości w czasie zabiegu, powierzchowne uszkodzenie wargi, języka i zębów, nietypowe reakcje na leki anestezjologiczne, zachłyśnięcie się treścią pokarmową i aspiracją jej do dróg oddechowych, gorączka złośliwa.

#### **Pozostałe rodzaje znieczuleń stosowane u dzieci:**

1. **Sedacja** czyli uspokojenie. W tym celu pacjentowi podawane są drogą doustną lub dożylną odpowiednie środki farmakologiczne (środek uspakajający lub nasenny w mniejszej dawce). Pacjent ma zachowaną świadomość, odczuwa senność i równocześnie przestaje czuć napięcie i niepokój. Wskazaniem do sedacji jest uspokojenie, zniesienie lęku przed operacją lub zabiegiem diagnostyczno-leczniczym. Przeciwwskazaniem do sedacji jest brak zgody pacjenta, uczulenia na leki stosowane do sedacji i brak odpowiedniego monitorowania w czasie sedacji.

2. **Analgo-sedacja** to jedna z form znieczulenia, polegająca na jednoczesnym zastosowaniu leków o działaniu uspakajającym (nasennym = sedacja) oraz leków o działaniu przeciwbólowym = analgezja. Stosowana jest przy bolesnych zabiegach diagnostycznych oraz w intensywnej terapii. Przeciwwskazaniem do analgo-sedacji jest brak zgody rodzica/przedstawiciela ustawowego, uczulenia na leki stosowane do sedacji i brak odpowiedniego monitorowania w czasie analgo-sedacji.

3. Znieczulenie przewodowe (regionalne) powoduje zniesienie odczuwania bólu, ciepła, zimna w określonym obszarze ciała. Uzyskanie tego jest możliwe, gdy lek miejscowo znieczulający podany jest w okolicę nerwów zaopatrujących dany obszar. Gdy wykonana została, tzw. blokada centralna, tj. znieczulenie podpajęczynówkowe lub zewnątrzoponowe, może towarzyszyć temu blokada ruchowa.

Mimo wymienionych poniżej powikłań związanych ze znieczuleniami przewodowymi uznane są one za bezpieczne. O wszystkich wątpliwościach związanych z tymi znieczuleniami należy pytać anestezjologa podczas bezpośredniej rozmowy.

#### **Powikłania blokad regionalnych:**

- ✓ uczulenie na lek znieczulenia miejscowego;
- ✓ znaczące obniżenie ciśnienia tętniczego (blokada centralne);
- ✓ zatrzymanie moczu ( znieczulenie podpajęczynówkowe);
- ✓ zapalenie nerwu (podanie zbyt stężonego leku znieczulenia miejscowego w bezpośrednią okolicę nerwu);
- ✓ zespół tętnicy rdzeniowej przedniej (niedokrwienie rdzenia spowodowane znacznym spadkiem ciśnienia tętniczego);
- ✓ konieczność wykonania znieczulenia ogólnego wobec braku skuteczności blokady regionalnej;
- ✓ krwiak lub ropień przestrzeni zewnątrzoponowej (blokada centralne);
- ✓ bóle głowy (blokada centralne);
- ✓ zespół ogona końskiego – zaburzenia oddawania moczu i czucia w okolicy krocza (blokada centralne);

- ✓ zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych (blokady centralne).

4. Znieczulenie rdzeniowe (podpajęczynówkowe) jest rodzajem blokady centralnej, w którym lek znieczulenia miejscowego podawany jest bezpośrednio do płynu mózgowo-rdzeniowego. Znieczulenie wykonywane jest bardzo cienkimi igłami o specjalnie skonstruowanym zakończeniu. Lek mieszając się z płynem mózgowo-rdzeniowym powoduje zablokowanie odczuwania bólu. Wykonuje się je najczęściej w części lędźwiowej kręgosłupa. Czas trwania blokady wynosi przeciętnie od 1,5 do 3 godzin.

Uśmierzanie bólu jest uniwersalnym prawem człowieka. Ból często jest konsekwencją operacji, ale istnieją skuteczne metody jego uśmierzania. Leki przeciwbólowe mogą być podawane różnymi drogami:

- ✓ dożylną; przez wprowadzoną do żyły kaniulę;
- ✓ podskórną przez wprowadzoną pod skórę kaniulę;
- ✓ doustną łatwo dostępną;
- ✓ podjęzykową, tą drogą można podawać tylko nieliczne leki;
- ✓ przez cewnik umieszczony w przestrzeni zewnątrzoponowej;
- ✓ bezpośrednio w okolice rany.

Najczęściej stosowane jest łączenie leków przeciwbólowych w celu uzyskania lepszej kontroli odczuwanego bólu. Należyne dawki leków przeciwbólowych są ustalane z uwzględnieniem współistniejących schorzeń i masy ciała. Dawki leków mogą być modyfikowane w celu prawidłowego uśmierzania bólu operacyjnego. Pierwsze podanie leku przeciwbólowego ma miejsce już na Sali Operacyjnej. Dla osiągnięcia najlepszej możliwej kontroli bólu, ważne jest określenie natężenia bólu. Bardzo ważne jest informowanie personelu medycznego, kiedy odczuwany ból jest źle uśmierzony, nawet, jeżeli nastąpi to w nocy.



# NZOZ Lecznica Dzieci i Dorosłych

- Szpital im. Ignacego Mościckiego sp. z o.o.

ISO 9001:2008  
ISO 14001:2004

BS OHSAS 18001:2007  
certyfikat "Szpital bez bólu"

## ANKIETA PRZEDOPERACYJNA STANU ZDROWIA DZIECKA

NAZWISKO

I

IMIĘ

DZIECKA

PESEL: .....

Szanowni rodzice/Przedstawiciele ustawowi

Prosimy o dokładne przeczytanie formularza i udzielenie wyczerpujących informacji, które są warunkiem bezwzględnym kwalifikacji do zabiegu operacyjnego. Nieudzielenie odpowiedzi na poniższe pytania może zwiększyć ryzyko wystąpienia powikłań w trakcie i po zabiegu operacyjnym.

1. Choroba obecna/RODZAJ PLANOWANEGO ZABIEGU?

Tak  ..... Nie

2. Czy dziecko przechodziło poważne choroby?

Tak  JAKIE, KIEDY?..... Nie

3. Czy dziecko było hospitalizowane?

Tak  Z JAKIEGO POWODU, KIEDY?..... Nie

4. Czy dziecko było kiedyś operowane?

Tak  Z JAKIEGO POWODU, KIEDY?..... Nie

5. Czy dziecko miało uraz, w tym głowy z objawami wstrząśnienia mózgu?

Tak  KIEDY?..... Nie

6. Czy dziecko kiedykolwiek było znieczulane ogólnie/miejscowo?

Tak  JAKIE/KIEDY?..... Nie

7. Czy dziecko objęte jest stałą lekarską opieką specjalistyczną z powodu choroby przewlekłej (np. alergologicznej, kardiologicznej, endokrynologicznej, itp.)?

Tak  PROSZĘ WYMIENIĆ ..... Nie

8. Czy u dziecka występuje uczulenie na czynniki wziewne, pokarmowe, leki?

Tak  PROSZĘ WYMIENIĆ ..... Nie

9. Czy dziecko przechodziło choroby zakaźne?

Tak  JAKIE/KIEDY?..... Nie

10. Czy dziecko przyjmuje leki na stałe?

Tak  JAKIE/KIEDY?..... Nie

11. Czy dziecko przyjmowało ostatnio antybiotyki?

Tak  PROSZĘ WYMIENIĆ, DAWKI..... Nie

12. Czy dziecko było leczone z powodu infekcji/stanu zapalnego w ciągu ostatnich 3 tygodni?

Tak  ..... Nie

13. Czy u dziecka występują nawracające krwawienia z nosa?

Tak  ..... Nie

14. Czy u dziecka występują nawracające krwawienia z ran, skaleczeń?

Tak  ..... Nie

15. Czy u dziecka występuje skłonność do siniaków?

Tak  ..... Nie

16. Czy u dziecka występują krwawienia z jamy ustnej?

Tak  ..... Nie

17. Czy u dziecka występują wymioty krwawe bądź krwawe stolce?

Tak  ..... Nie

18. Czy u dziecka występują przedłużające się krwawienia po usunięciu zęba?

Tak  ..... Nie

19. Czy u dziecka wystąpiło krwawienie po operacjach chirurgicznych?

Tak  ..... Nie

20. Czy powyższe objawy krwawień od pytania 13 do 19 występują u najbliższych członków rodziny?

Tak  ..... Nie

21. Czy dziecko miało kiedykolwiek przetaczaną krew?

Tak  KIEDY, W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH?..... Nie

22. Czy u dziecka występuje kaszel, świsty przy oddychaniu?

Tak  ..... Nie

23. Czy u dziecka/w rodzinie występuje wiotkość mięśni - miastenia (dystrofie mięśniowe, choroby zanikowe mięśni, stany zwiększonego napięcia mięśniowego)?

Tak  ..... Nie

24. Czy u dziecka występują omdlenia, utraty przytomności, drgawki?

Tak  ..... Nie

25. Czy dziecko łatwo się męczy?

Tak  ..... Nie

26. Czy u dziecka występują zawroty głowy/zaburzenia równowagi?

Tak  ..... Nie

27. Czy u dziecka rozpoznano wady wzroku?

Tak  ..... Nie

28. Czy dziecko nosi aparat ortodontyczny?

Tak  ..... Nie

29. Czy dziecko ma chwiejące zęby?

Tak  ..... Nie

Oświadczam, że przeczytałem/łam powyższą ankietę przedoperacyjnego stanu zdrowia dziecka, zrozumiałem/zrozumiałam treści zawarte w pytaniach, a podane przeze mnie odpowiedzi są pełne, prawdziwe i wyczerpujące.

Jestem świadom/a ewentualnych zagrożeń dla zdrowia i życia dziecka wynikających z niedopełnienia obowiązku przedstawienia zespołowi lekarsko-pielęgniarskiego szczegółów wywiadu chorobowego.

Imię i nazwisko dziecka: .....

Data i czytelny podpis rodzica/  
przedstawiciela ustawowego

Data i podpis lekarza anestezjologa

Data i podpis lekarza operatora

### Zalecenia:

- ✓ JEDZENIE: przez 6 godzin przed zabiegiem nie wolno jeść.
- ✓ PICIE: przez 4 godziny przed zabiegiem nie wolno pić.
- ✓ Proszę zostawić w domu kolczyki, pierścionki, łańcuszki, zegarek, itp.
- ✓ Proszę wyjąć aparaty ortodontyczne i zdjąć szkła kontaktowe na czas zabiegu.
- ✓ Rano przed operacją należy wykonać toaletę całego ciała i dokładną toaletę jamy ustnej.

OŚWIADCZAM, ŻE WYKONAŁEM/ŁAM W/W ZALECENIA

Data i podpis rodzica/ przedstawiciela  
ustawowego



## NZOZ Lecznica Dzieci i Dorosłych

- Szpital im. Ignacego Mościckiego sp. z o.o.

ISO 9001:2008  
ISO 14001:2004

BS OHSAS 18001:2007  
certyfikat "Szpital bez bólu"

## ŚWIADOMA ZGODA

### RODZICA/PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO NA ZNIECZULENIE

Ja niżej podpisany/a .....

Nazwisko i imię rodzica/przedstawiciela ustawowego

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/łam się ze szczegółowymi w/w informacjami dotyczącymi znieczulenia oraz uśmierzania bólu, ich celowością oraz potencjalnymi zagrożeniami występującymi w ich wyniku.
2. Rozmawiałem/łam z lekarzem i uzyskałem/łam dodatkowe wyjaśnienia w szczególności w zakresie zastosowanego u dziecka znieczulenia, metody uśmierzania bólu i mogących wystąpić powikłań.
3. Rozumiem konieczność poddanie się następującym czynnościom medycznym:
  - znieczulenie ogólne;
  - blokady nerwów obwodowych;
  - znieczulenie podpajęczynówkowe;
  - znieczulenie zewnątrzoponowe;
  - analgesedacja;
  - sedacja.
4. Jestem świadomy/ma ryzyka wynikającego z przeprowadzenia w/w czynności medycznych.
5. Informacja, o której mowa w pkt 1 i 2, została udzielona mi w sposób przystępny i zrozumiały.
6. Uzyskałem/łam wyczerpujące odpowiedzi od lekarza na wszelkie pytania związane z planowanymi czynnościami medycznymi.
7. Wykonałem/łam w/w obowiązkowe zalecenia przedoperacyjne.
8. Podane w ankiecie przedoperacyjnej stanu zdrowia dziecka informacje są zgodne z prawdą.
9. Przeczytałem/łam i w pełni zrozumiałem/łam treść niniejszej zgody.

RODZAJ ZASTOSOWANEGO ZNIECZELENIA: .....

RODZAJ ZASTOSOWANEJ METODY UŚMIERZANIA BÓLU: .....

- wyrażam zgodę na wykonanie w/w czynności medycznych;
- nie wyrażam zgody na wykonanie w/w czynności medycznych;

Data, godzina i podpis rodzica/  
przedstawiciela ustawowego

Stwierdzam, że przedstawiłem Rodzicowi/Przedstawicielowi ustawowemu pacjenta obszerną informację o zaproponowanym znieczuleniu oraz metodzie uśmierzania bólu, poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku w/w czynności medycznych.

Data, podpis i pieczętka lekarza



## NZOZ Lecznica Dzieci i Dorosłych

- Szpital im. Ignacego Mościckiego sp. z o.o.

ISO 9001:2008  
ISO 14001:2004

BS OHSAS 18001:2007  
certyfikat "Szpital bez bólu"

## INFORMACJE

### DLA RODZICÓW/PREDSTAWICIELI USTAWOWYCH DZIECKA OPEROWANEGO W SZPITALU IM. I. MOŚCICKIEGO W CHORZOWIE

Imię i nazwisko dziecka .....

Po konsultacji specjalistycznej dziecka i zakwalifikowaniu do leczenia zabiegowego należy wpisać się na listę pacjentów oczekujących w rejestracji głównej Szpitala. W wyznaczonym dniu zabiegu ..... o godz. .... dziecko z rodzicem lub przedstawicielem ustawowym powinno zgłosić się w Szpitalu.

Zgodnie z rozp. MZ z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w anestezjologii i intensywnej terapii – w trosce o Państwa dziecka bezpieczeństwo – wymagana jest wstępna konsultacja anestezjologiczna, która zostanie przeprowadzona w naszym Szpitalu w dniu..... o godz. ....

#### Wymagane dokumenty / informacje:

- ✓ skierowanie do Szpitala wypisane przez lekarza
- ✓ karta chipowa
- ✓ książeczka zdrowia dziecka
- ✓ zaświadczenie potwierdzające szczepienia przeciw WZW typu B
- ✓ kserokopia posiadanej dokumentacji medycznej (wypisy, TK, MR, lub RTG) – płyta CD
- ✓ formularz medyczny dziecka (na odwrocie)
- ✓ anestezjologiczna ankieta przedoperacyjna
- ✓ dane konieczne do wystawienia druku zwolnienia lekarskiego (dla rodziców)
- ✓ aktualna konsultacja lekarza specjalisty (dotyczy dzieci leczonych w poradniach specjalistycznych)
- ✓ dowód osobisty rodzica / opiekuna prawnego
- ✓ PESEL dziecka

Niedostarczenie kompletu dokumentacji odracza termin zabiegu operacyjnego.

#### Pozostałe informacje:

- ✓ Prosimy o zabranie rzeczy osobistych koniecznych przy pobycie w Szpitalu (piżama, pantofle, przybory toaletowe)
- ✓ Z dzieckiem na stałe może przebywać tylko jedna osoba, która uzgodniła i zaakceptowała świadczenia pobytowe
- ✓ Prosimy o wnikliwą analizę i wypełnienie wszystkich ankiet, które otrzymacie Państwo do domu, są one istotne dla bezpieczeństwa Państwa dziecka!

#### Drogi Rodzicu/Przedstawicielu ustawowy!

**W przypadku rezygnacji lub zmiany terminu prosimy o pilny kontakt: 603-600-137 (32/241-36-29 lub 32/246-04-44),  
na to miejsce czeka inne chore dziecko.**

Zgodnie z ustawą z 2004 r. o świadczeniu usług zdrowotnych ze środków publicznych art. 20, kt. 10 – w celu otrzymania jednego świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie skierowania pacjent może wpisać się na jedną listę oczekujących.

#### W dniu przyjęcia dziecko powinno:

- ✓ być zdrowe, bez cech aktywnego zakażenia, minimum 3 tygodnie od ostatniego szczepienia i 6 tygodni od przebycia choroby zakaźnej.

#### Wymagane badania laboratoryjne:

- ✓ morfologia z rozmazem
- ✓ czas i wskaźnik protrombinowy
- ✓ czas APTT
- ✓ czas INR



Badania można wykonać w Szpitalu 1-2 dni przed planowaną datą wstępnej konsultacji anestezjologicznej. Możliwe jest również dostarczenie wyników badań z innych laboratoriów analitycznych. Informacje dla rodziców/przedstawicieli ustawowych dziecka operowanego w Szpitalu im. I. Mościckiego w Chorzowie.



**NZOZ Lecznica Dzieci i Dorosłych**  
- Szpital im. Ignacego Mościckiego sp. z o.o.

ISO 9001:2008    BS OHSAS 18001:2007  
ISO 14001:2004    certyfikat "Szpital bez bólu"

## FORMULARZ MEDYCZNY

### Dziecka zakwalifikowanego do planowego zabiegu operacyjnego

**Nazwisko i imię dziecka** .....

**PESEL / wiek** ...../.....

**Planowany zabieg** .....

**Szanowna Pani Doktor,  
Szanowny Panie Doktorze,**

W trosce o maksymalne bezpieczeństwo dziecka zakwalifikowanego do zabiegu operacyjnego prosimy uprzejmie P.T. Lekarza rodzinnego/pediatrę prowadzącego dziecko, o zbadanie przedoperacyjne oraz o informacje dotyczące jego stanu zdrowia, chorób przebytych, leków stosowanych przewlekłe i ewentualnej modyfikacji sposobu ich podawania w okresie okołopooperacyjnym.

Proszę o wpis poniżej.

Z wyrazami szacunku,

Podpis, pieczęć lekarza

Podpis, pieczęć lekarza  
pediatry/rodzinnego



## Wstępna kwalifikacja anestezyjologiczna dziecka do planowego zabiegu w znieczuleniu ogólnym.

Imię i nazwisko dziecka .....

został/a wstępnie zakwalifikowany/a do planowego leczenia zabiegowego w znieczuleniu

NIE został/a zakwalifikowany/a do planowego leczenia zabiegowego

### Ocena stanu zdrowia dziecka wg ASA

ASA 1	
ASA 2	
<b>Kryteria WYKLUCZAJĄCE z operacji w znieczuleniu ogólnym</b>	
ASA 3, 4, 5	
choroby krwi, skazy krwotoczne	
aktywne zakażenie (szczególnie dróg oddechowych)	
niezdiagnozowana / nieskorygowana wada serca	
drgawki w wywiadzie w ostatnich 6 miesiącach	
hypertermia złośliwa w wywiadzie rodzinnym	

Data i podpis anestezyjologa