



**1. INFORMACJA O ZNIECZULENIU I UŚMIERZANIU BÓLU POOPERACYJNEGO**  
**2. ŚWIADOMA ZGODA RODZICA/PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO NA ZNIECZULENIE DZIECKA**  
**3. PRZEDOPERACYJNA ANKIETA STANU ZDROWIA DZIECKA**

**Nazwisko i imię pacjenta** .....

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

**Adres** .....

**masa ciała (kg) / wzrost (cm)** .....

Przed wypełnieniem przedoperacyjnej ankiety stanu zdrowia dziecka 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 zwiotczających (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 anestetyczne, 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. **Analgesedacja** 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 analgesedacji jest brak zgody rodzica/przedstawiciela ustawowego, uczulenia na leki stosowane do sedacji i brak odpowiedniego monitorowania w czasie analgesedacji.

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 (blokada 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 uśmierzenia. 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 uśmierzenia 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.



## 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 i pieczęć

.....

.....

.....

.....

Podpis, pieczęć lekarza  
pediatry/rodzinnego



## ŚWIADOMA ZGODA

### RODZICA/PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO NA ZNIECZULENIE DZIECKA

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 poddania się następującym czynnościom medycznym:
  - znieczulenie ogólne;
  - blokady nerwów obwodowych;
  - znieczulenie podpajęczynówkowe;
  - znieczulenie zewnątrzoponowe;
  - analgosedacja;
  - 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 przedoperacyjnej ankiecie 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 pieczęć lekarza

**PRZEDOPERACYJNA ANKIETA STANU ZDROWIA DZIECKA**

<b>Objawy krwotoczne</b>	<b>Stopień nasilenia</b>	
<b>Krwawienia z nosa</b>	0 = brak lub nieistotne 1 = obecne	2 = tamponada 3 = przetoczenie krwi i innych preparatów
<b>Krwawienia z niewielkich ran</b>	0 = brak lub nieistotne 1 = obecne (1-5 epizodów w ciągu roku)	2 = konieczność leczenia 3 = konieczność zatamowania krwawienia/przetoczenie krwi
<b>Skaza skórna</b>	0 = brak lub nieistotne 1 = wybroczyny lub siniaki	2 = krwiaki 3 = porada lekarza
<b>Krwawienia w obrębie jamy ustnej</b>	0 = brak lub nieistotne 1 = obecne	2 = konieczność leczenia 3 = konieczność zatamowania krwawienia/przetoczenie krwi
<b>Krwawienia z przewodu pokarmowego</b>	0 = brak lub nieistotne 1 = obecne	2 = konieczność leczenia 3 = konieczność zatamowania krwawienia/przetoczenie krwi
<b>Krwotok łożniczy</b>	0 = brak lub nieistotny 1 = obecny, preparaty żelaza	2 = przetoczenie krwi, łyżeczkowanie jamy macicy, założenie szwów 3 = usunięcie macicy
<b>Krwawienia do mięśni lub stawów</b>	0 = brak lub nieistotne 1 = obecne	2 = konieczność leczenia 3 = przetoczenie krwi, zabieg chirurgiczny
<b>Krwawienie po usunięciu zęba (najpoważniejszy epizod)</b>	0 = brak lub nieistotne 1 = obecne	2 = zeszytyce zębodołu lub tamponada 3 = przetoczenie krwi
<b>Krwawienie po operacji (najpoważniejszy epizod)</b>	0 = brak lub nieistotne 1 = obecne	2 = założenie szwów lub ponowna operacja 3 = przetoczenie krwi
<b>Krwotoczne miesiączki</b>	0 = brak lub nieistotne 1 = obecne	2 = porada lekarza, doustne tabletki antykoncepcyjne, preparaty żelaza 3 = przetoczenie krwi, usunięcie macicy, łyżeczkowanie jamy macicy, terapia substytucyjna
<b>Skłonność do siniaków</b>	0 = brak lub nieistotne 1 = samoistne po niewielkim ucisku	2 = nieleczone 3 = leczone – czy były badania?

**Trzy różne objawy krwotoczne lub wskaźnik krwawień 3 u mężczyzn lub 5 u kobiet**

=

**podejrzanie choroby von Willebranda (swoistość 98,6%, czułość 69,1%)**

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 kiedykolwiek było znieczulane ogólnie/miejscowo?

Tak  JAKIE/KIEDY?..... Nie

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

Tak  PROSZĘ WYMIENIĆ ..... Nie

7. Czy dziecko przyjmuje leki na stałe?

Tak  JAKIE/KIEDY?..... Nie

8. Czy dziecko przyjmowało ostatnio antybiotyki?

Tak  PROSZĘ WYMIENIĆ, DAWKI..... Nie

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

Tak  PROSZĘ WYMIENIĆ ..... Nie

10. Czy dziecko przechodziło choroby zakaźne?

Tak  JAKIE/KIEDY?..... Nie

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

Tak  ..... Nie

12. Czy ktoś w rodzinie choruje/chorował na skazę krwotoczną, hemofilię?

Tak  ..... Nie

13. Czy dziecko miało kiedykolwiek przetaczaną krew?

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

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

Tak  KIEDY?..... Nie

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

Tak  ..... Nie

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

Tak  ..... Nie

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

Tak  ..... Nie

18. Czy dziecko łatwo się męczy?

Tak  ..... Nie

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

Tak  ..... Nie

20. Czy u dziecka rozpoznano wady wzroku?

Tak  ..... Nie

21. Czy dziecko nosi aparat ortodontyczny?

Tak  ..... Nie

22. Czy dziecko ma chwiejące zęby?

Tak  ..... Nie

Oświadczam, że przeczytałem/łam powyższą przedoperacyjną ankietę 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 wynikających z niedopełnienia obowiązku przedstawienia zespołowi lekarsko-pielęgniarskiemu szczegółów stanu zdrowia dziecka.

### Szanowny Pacjencie, Rodzicu, Opiekunie Pacjenta

Zgodnie z komunikatami NFZ i art. 20 ust. 10e ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczeniodawca **ma prawo dokonać skreślenia z listy oczekujących pacjenta, który nie stawiał się w wyznaczonym terminie, nie uprawdopodobnił, że niezgłoszenie się nastąpiło z powodu siły wyższej i nie powiadomił Lecznicy o braku możliwości stawienia się na zabieg.**

Data i podpis lekarza anestezjologa  
konsultującego

Data i czytelny podpis  
Rodzica/Przedstawiciela ustawowego

Data i podpis lekarza anestezjologa  
znieczulającego

Data i podpis lekarza operatora





## 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 lekarza anestezyjologa  
konsultującego

### KWALIFIKACJA DZIECKA DO PLANOWEGO ZABIEGU W ZNIECZULENIU OGÓLNYM

Data i podpis lekarza anestezyjologa  
znieczulającego

Data i podpis lekarza operatora