



1. INFORMACJA O ZNIECZULENIU I UŚMIERZANIU BÓLU POOPERACYJNEGO
2. ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA/PACJENTKI NA ZNIECZULENIE
3. PRZEDOPERACYJNA ANKIETA STANU ZDROWIA

Nazwisko i imię pacjenta

PESEL / wiek/.....

Adres

masa ciała (kg) / wzrost (cm)

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

Informacje o przebiegu znieczulenia ogólnego

Lekarz anestezjolog przeprowadza znieczulenie pacjenta do operacji i bolesnych zabiegów diagnostyczno-terapeutycznych. Stosując odpowiednie leki uzyskuje się czasowe, odwracalne ograniczenie czynności ośrodkowego układu nerwowego (czyli znieczulenie ogólne = narkoza). Podczas trwania operacji anestezjolog odpowiedzialny jest za wyeliminowanie bólu oraz kontroluje ważne funkcje życiowe, jak: oddychanie i krążenie krwi. W zależności od rodzaju operacji, w porozumieniu z chirurgiem, anestezjolog decyduje o rodzaju znieczulenia. Współdziałanie z lekarzem przeprowadzającym znieczulenie służy Państwa bezpieczeństwu. Dla każdego pacjenta wybierane jest takie znieczulenie, które najmniej obciąża organizm i jednocześnie pozwala na precyzyjne przeprowadzenie danej operacji.

Powikłania zagrażające życiu w czasie znieczulenia i trwania zabiegu operacyjnego występują rzadko.

Zapobiegamy im poprzez następujące działania:

- ✓ dokładną ocenę stanu zdrowia pacjenta;
- ✓ analizę wyników badań dodatkowych;
- ✓ analizę przebiegu poprzednich operacji i znieczuleń;
- ✓ analizę chorób występujących w najbliższej rodzinie;
- ✓ ścisłą współpracę anestezjologa z chirurgiem;
- ✓ stosowanie nowoczesnych metod, technik i środków anestetycznych o wysokim profilu bezpieczeństwa;
- ✓ wybór optymalnego rodzaju znieczulenia;
- ✓ zapewnienie odpowiedniego nadzoru w okresie pooperacyjnym;
- ✓ stosowanie nowoczesnego sprzętu anestezjologicznego podczas zabiegu umożliwiającego pełne monitorowanie funkcji życiowych pacjenta.

Uśmierzanie bólu jest uniwersalnym prawem. Ból 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;
- ✓ podjęzykową, tą drogą można podawać tylko nieliczne leki;
- ✓ domięśniową;
- ✓ przez cewnik umieszczony w przestrzeni zewnątrzoponowej;
- ✓ bezpośrednio w okolicę rany.

Najczęściej stosowane jest łączenie leków przeciwbólowych w celu uzyskania lepszej kontroli odczuwanego bólu. Należy 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.

1. **Sedacja** to po prostu uspokojenie. W tym celu pacjentowi podawane są drogą doustną, domięśniową 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 przy bolesnych zabiegach diagnostycznych oraz w intensywnej terapii. Przeciwwskazaniem do analgo-sedacji jest brak zgody pacjenta, 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. Ten rodzaj znieczulenia stosowany jest także przy znoszeniu bólu przy porodzie i cięciu cesarskim, a także należy, do tzw. analgezji pooperacyjnej, która polega na uśmierzaniu bólu po ciężkich operacjach, np. klatki piersiowej, brzucha. Znieczulenie regionalne pozwala na zachowanie przytomności i świadomości pacjenta podczas operacji.

Informacje o rodzajach znieczuleń

Znieczulenie przewodowe możemy podzielić na:

- a) znieczulenie przewodowe nerwów odwodowych; splotów nerwowych czy zwojów mózgowych;
- b) znieczulenie przewodowe ośrodkowe (blokady centralne):
 - ✓ rdzeniowe (podpajęczynówkowe)
 - ✓ nadoponowe (zewnątrzoponowe, epiduralne)

Przeciwwskazaniem do wszystkich znieczuleń przewodowych jest:

- brak zgody pacjenta, uczulenia na leki znieczulenia miejscowego i inne stosowane do znieczuleń przewodowych, zmiany ropne na skórze w okolicy blokady, wstrząs, zaburzenia krzepnięcia oraz brak należytego monitorowania. 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 (blokady 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;
- ✓ bóle głowy;
- ✓ zespół ogona końskiego – zaburzenia oddawania moczu i czucia w okolicy krocza (blokady centralne);
- ✓ zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych (blokady centralne).

4. Znieczulenie nerwów obwodowych polega na wstrzyknięciu środka znieczulającego w okolicę pnia nerwu, splotu nerwowego. Uzyskuje się w ten sposób znieczulenie całego obszaru poddanego operacji, a unerwionego przez ten nerw (np. znieczulenie do operacji kończyny).

5. 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.

6. Znieczulenie nadoponowe (zwnątrzooponowe) w znieczuleniu tym lek wstrzykuje się do przestrzeni zwnątrzooponowej. Wykonywane jest w odcinku lędźwiowym, piersiowym lub szyjnym kręgosłupa. Po podaniu leku do przestrzeni zwnątrzooponowej, występuje zanik czucia dotyku i temperatury, w końcu zanik czucia bólu. Po 20-30 minutach występuje także blokada ruchowa. Kiedy blokada ustępuje powyższe objawy wycofują się w odwrotnej kolejności. Przy prawidłowym wykonaniu znieczulenia zwnątrzooponowego powikłania występują niezmiernie rzadko. O wszystkich zaletach, szczegółach czy ewentualnych możliwych powikłaniach każdy pacjent jest informowany w trakcie indywidualnej rozmowy, będącej jednym z elementów przygotowania do operacji.

7. Znieczulenie ogólne – narkoza to głęboki sen zapewniający całkowite zniesienie jakichkolwiek doznań. Aby zapewnić wydolny oddech podczas znieczulenia ogólnego zakładana jest do dróg oddechowych rurka intubacyjna lub maska krtaniowa, a oddech zastępczy prowadzony jest przy użyciu respiratora. Podczas każdego znieczulenia ciągle monitorowane są parametry życiowe krążeniowo- oddechowe. Zapewnia to całkowite bezpieczeństwo znieczulanego chorego.

Znieczulenie ogólne może spowodować poniższe powikłania:

- ✓ uszkodzenie zębów, warg, nasady języka, krtani (w wyniku laryngoskopii i intubacji);
- ✓ chrypka, ból gardła;
- ✓ nudności, wymioty;
- ✓ krwiak w miejscu wkłucia dożylnego;
- ✓ zachłyśnięcie (aspiracja treści pokarmowej do płuc);
- ✓ powikłania sercowo-naczyniowe (obniżenie lub wzrost ciśnienia tętniczego, zawał serca, nagłe zatrzymanie krążenia);
- ✓ powikłania oddechowe prowadzące do niedotlenienia;
- ✓ uszkodzenie wątroby, nerek w wyniku działania środków anestetycznych lub powikłań krążeniowych;
- ✓ uszkodzenia nerwów wywołane ułożeniem na stole operacyjnym;
- ✓ reakcja alergiczna na leki stosowane podczas znieczulenia ogólnego, w tym wstrząs anafilaktyczny i inne nieprzewidywalne reakcje na lek anestetyczny.

O szczegółach wymienionych powikłań informacji udzieli anestezjolog w bezpośredniej rozmowie podczas wizyty i badania przed znieczuleniem.



FORMULARZ MEDYCZNY

Pacjenta/teki zakwalifikowanego/nej do planowego zabiegu operacyjnego

Nazwisko i imię pacjenta

PESEL / wiek/.....

Planowany zabieg

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

W trosce o maksymalne bezpieczeństwo pacjenta zakwalifikowanego do zabiegu operacyjnego prosimy uprzejmie P.T. Lekarza rodzinnego prowadzącego pacjenta, o badanie przedoperacyjne oraz o informacje dotyczące Jego/Jej 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



ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA/PACJENTKI NA ZNIECZULENIE

Ja niżej podpisany/a

.....
Nazwisko i imię pacjenta/teki

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 mnie 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;
 - ✓ 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 ankiecie przedoperacyjnej stanu zdrowia 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 pacjenta:

Stwierdzam, że przedstawiłem Pacjentowi 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**

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

Tak NAZWA, DAWKA, OD KIEDY? Nie

2. Czy przyjmuje Pan/Pani leki przeciwkrzepliwe lub inne zaburzające krzepnięcie krwi?

Tak JEŻELI TAK, PROSIMY O PILNY KONTAKT Z DYŻURNYM LEKARZEM ANESTEZJOLOGIEM, PON - PT 17:00 - 19:00
.....Nie

3. Czy jest Pan/Pani uczulona na leki (proszę podać nazwę leku), artykuły spożywcze, środki dezynfekcyjne, środki kontrastowe, inne?

Tak PROSZĘ WYMIENIĆ Nie

4. Czy był/a Pan/Pani kiedyś operowany/a, kiedy i z jakiego powodu?

Tak PROSZĘ WYMIENIĆ..... Nie

5. Czy obserwowano podczas znieczulenia powikłanie, szczególne reakcje?

Tak PROSZĘ WYMIENIĆNie

6. Czy kiedykolwiek przeprowadzono u Pana/Pani przetoczenie krwi lub preparatów krwiopochodnych?

Tak KIEDY Nie

7. Choroby krwi i układu krzepnięcia: czy choruje Pan/Pani na hemofilię, inne schorzenia układu krwiotwórczego i krwionośnego?

Tak PROSZĘ WYMIENIĆ Nie

8. Choroby serca: czy przebył/a Pan/Pani zawał mięśnia sercowego, zapalenie mięśnia sercowego, czy ma Pan/Pani wadę serca, zaburzenia rytmu, inne?

Tak PROSZĘ WYMIENIĆ Nie

9. Choroby krążenia: czy choruje Pan/Pani na nadciśnienie tętnicze, choroby naczyń krwionośnych, miażdżycę?

Tak PROSZĘ WYMIENIĆ Nie

10. Choroby naczyń: czy przebył/a Pan/Pani zapalenie żył powierzchniowych, głębokich, czy występują u Pana/Pani żylaki, bóle łydek?

Tak PROSZĘ WYMIENIĆ Nie

11. Choroby dróg oddechowych: czy choruje Pan/Pani na astmę, przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozedmę, pylicę, zapalenie płuc, gruźlicę, nawracające infekcje?

Tak PROSZĘ WYMIENIĆ Nie

12. Choroby nerek: czy chorował/a Pan/Pani na kamicy moczową, zapalenie nerek, zakażenia dróg moczowych, uszkodzenie nerek w przebiegu innych chorób?

Tak PROSZĘ WYMIENIĆNie

13. Choroby endokrynologiczne: czy chorował/a Pan/Pani na choroby przysadki, tarczycy, przytarczyc, nadnerczy, trzustki, inne?

Tak PROSZĘ WYMIENIĆ Nie

14. Choroby przemiany materii: czy choruje Pan/Pani na cukrzycę, dnę moczanową, otyłość, inne?

Tak PROSZĘ WYMIENIĆ Nie

15. Choroby oczu: czy choruje Pan/Pani na jaskrę, zaćmę, wadę wzroku?

Tak PROSZĘ WYMIENIĆNie

16. Choroby neurologiczne: czy choruje Pan/Pani na padaczkę, czy przebył/a Pan/Pani udar lub uraz mózgowy, czy ma Pan/Pani niedowład, porażenie kończyn dolnych, górnych, niedowład połowiczny, miastenię, stwardnienie rozsiane, inne?
Tak PROSZĘ WYMIENIĆ Nie
17. Czy w Pana/Pani rodzinie ktoś chorował na schorzenia mięśni – dystrofię mięśniową, gorączkę złośliwą?
Tak PROSZĘ WYMIENIĆ Nie
18. Używkii lub leki uspakajające:
Tak PROSZĘ WYMIENIĆ Nie
19. Uzębienie: czy ma Pan/Pani protezy zębowe, chwiejące się zęby, implanty?
Tak Nie
20. Czy chorował/a Pan/Pani na wirusowe zapalenie wątroby (żółtaczkę zakaźną typu A, B, C, inne)
Tak Nie
21. Czy był/a Pan/Pani szczepiony/a przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby?
Tak Nie
22. Czy choruje Pan/Pani na schorzenia psychiatryczne?
Tak Nie

Oświadczam, że przeczytałem/łam powyższą przedoperacyjną ankietę stanu zdrowia, 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.

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 stawił 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 pacjenta

Data i podpis lekarza anestezjologa
znieczulającego

Data i podpis lekarza operatora



Wstępna kwalifikacja anestezyjologiczna Pacjenta/Pacjentki do planowego zabiegu w znieczuleniu ogólnym.

Pacjent / Pacjentka

został/a wstępnie zakwalifikowany/a do planowego leczenia zabiegowego

NIE został/a zakwalifikowany/a do planowego leczenia zabiegowego

Ocena stanu fizycznego pacjenta

| | |
|--|--|
| ASA 1 | |
| ASA 2 | |
| Kryteria WYKLUCZAJĄCE z operacji w znieczuleniu ogólnym | |
| 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 | |
| Ciąża | |

Data i podpis lekarza anestezyjologa
konsultującego

KWALIFIKACJA PACJENTA/PACJENTKI DO PLANOWEGO ZABIEGU W ZNIECZULENIU OGÓLNYM

Data i podpis lekarza anestezyjologa
znieczulającego

Data i podpis lekarza operatora