PRZEDOPERACYJNA ANKIETA STANU ZDROWIA

Nazwisko i imię pacjenta ……

PESEL / wiek ……/……

Adres ……

masa ciała (kg) / wzrost (cm) ……

Telefon kontaktowy ……

Proszę uważnie przeczytać ankietę i odpowiedzieć na zawarte w niej pytania!

1. Choroba obecna/ RODZAJ PLANOWANEGO ZABIEGU……

……

2. Czy w okresie ostatnich 3 tygodni był/a Pan/Pani leczona z powodu infekcji?

Tak ☐ PROSZĘ WYMIENIĆ, DAWKI…… Nie ☐

3. Czy w okresie ostatnich 3 tygodni przyjmował/a Pan/Pani antybiotyki?

Tak ☐ PROSZĘ WYMIENIĆ, DAWKI…… Nie ☐

4. Czy przyjmuje Pan/Pani leki na stałe?

Tak ☐ NAZWA, DAWKA, OD KIEDY? …… Nie ☐

5. 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 ☐

6. Czy jest Pan/Pani uczulona na leki przeciwbólowe, antybiotyki, środki kontrastowe, inne?

Tak ☐ PROSZĘ WYMIENIĆ …… Nie ☐

7. Czy występuje u Pana/Pani uczulenie na czynniki wziewne, pokarmowe?

Tak ☐ PROSZĘ WYMIENIĆ …… Nie ☐

8. Czy był/a Pan/Pani kiedyś hospitalizowany/a?

Tak ☐ Z JAKIEGO POWODU…… Nie ☐

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

Tak ☐ PROSZĘ WYMIENIĆ…… Nie ☐

10. Czy obserwowano u Pana/Pani podczas znieczulenia ogólnego, miejscowego powikłania, szczególne reakcje?

Tak ☐ PROSZĘ WYMIENIĆ …… Nie ☐

11.Czy u Pana/Pani rodziców obserwowano podczas znieczulenia ogólnego, miejscowego powikłania, szczególne reakcje?

Tak ☐ PROSZĘ WYMIENIĆ …… Nie ☐

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

Tak ☐ KIEDY …… Nie ☐

Nazwisko i imię pacjenta ……

PESEL / wiek ……

13. Czy występuje u Pana/Pani wzmożona skłonność do krwawień po zabiegach operacyjnych, stomatologicznych, urazach?

Tak ☐ PROSZĘ WYMIENIĆ ……..Nie ☐

14. Choroby krwi i układu krzepnięcia: czy choruje Pan/Pani na hemofilię, inne schorzenia układu krwiotwórczego i krwionośnego (jest pod kontrolą lekarza hematologa)?

Tak ☐ PROSZĘ WYMIENIĆ ……..Nie ☐

15. 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 ☐

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

Tak ☐ PROSZĘ WYMIENIĆ ……..Nie ☐

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

Tak ☐ PROSZĘ WYMIENIĆ ……..Nie ☐

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

Tak ☐ PROSZĘ WYMIENIĆ ……..Nie ☐

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

Tak ☐ PROSZĘ WYMIENIĆ ……Nie ☐

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

Tak ☐ PROSZĘ WYMIENIĆ ……Nie ☐

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

Tak ☐ PROSZĘ WYMIENIĆ ……Nie ☐

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

Tak ☐ PROSZĘ WYMIENIĆ ……Nie ☐

23. 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 połowiczy, miastenię, stwardnienie rozsiane, inne?

Tak ☐ PROSZĘ WYMIENIĆ ……Nie ☐

24. Czy w Pana/Pani rodzinie ktoś chorował na schorzenia mięśni – dystrofię mięśniową, gorączkę złośliwą?

Tak ☐ PROSZĘ WYMIENIĆ ……Nie ☐

25. Czy choruje Pan/Pani na schorzenia psychiatryczne?

Tak ☐ PROSZĘ WYMIENIĆ ……Nie ☐

26. Używki lub leki uspakajające:

Tak ☐ PROSZĘ WYMIENIĆ ……Nie ☐

27. Uzębienie: czy ma Pan/Pani protezy zębowe, chwiejące się zęby, implanty?

Tak ☐ ……Nie ☐

Nazwisko i imię pacjenta ……

PESEL / wiek ……

28. Czy chorował/a Pan/Pani na wirusowe zapalenie wątroby (żółtaczka zakaźna typu A, B, C, inne)

Tak ☐ ……Nie ☐

29. Czy był/a Pan/Pani szczepiony/a przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby?

Tak ☐ ……Nie ☐

30. Czy jest Pan/Pani zakażony/a wirusem HIV i czy przyjmował/przyjmowała Pan/Pani leki przeciwko wirusowi HIV?

Tak ☐ ……Nie ☐

31. Czy chorował/a Pan/Pani na choroby zakaźne (odra, świnka, ospa, różyczka, inne)?

Tak ☐ PROSZĘ WYMIENIĆ …… Nie ☐

32. Data ostatniej miesiączki……

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, 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 czytelny podpis pacjenta	Data i podpis lekarza anestezjologa

Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacjami zawartymi w powyższej ankiecie dotyczącej stanu zdrowia Pacjenta

Data i podpis lekarza anestezjologa znieczulającego	Data i podpis lekarza operatora
Data i podpis pielęgniarki anestezjologicznej	Data i podpis pielęgniarki odcinkowej

Uwagi:

……

……

……

FORMULARZ MEDYCZNY

Pacjenta/tki 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 Lekarza rodzinnego prowadzącego pacjenta, specjalistę o informacje dotyczące chorób współistniejących oraz leków stosowanych przewlekle.

Proszę o wpis poniżej.

……

……

……

……

Nazwa leku	Dawka	Schemat przyjmowania

Podpis i pieczątka lekarza rodzinnego/ specjalisty

PRZEDOPERACYJNA ANKIETA RYZYKA KRWAWIENIA OKOŁOOPERACYJNEGO

Nazwisko i imię pacjenta ……

PESEL / wiek ……

Objawy krwotoczne	Stopień nasilenia	Wdrożone postępowanie
Krwawienia z nosa	0 = brak lub nieistotne 1 = obecne	2 = tamponada 3 = przetoczenie krwi i innych preparatów
Nadmierne 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 położniczy	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 = zeszycie 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?

Data i czytelny podpis pacjenta

Data i podpis lekarza operatora

KARTA WSTĘPNEJ KONSULTACJI ANESTEZJOLOGICZNEJ

Nazwisko i imię ……..

PESEL…….. **Płeć**……

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	

Uczulenia……

Leki przyjmowane na stałe……

Badania krwi w granicach normy ☐ TAK ☐ NIE

Istotne odchylenia w badaniu fizykalnym

……

……

Uwagi……

……

Zalecenia……

……

……

……

Rekonsultacja……

……

……

……

KWALIFIKACJA PACJENTA/PACJENTKI DO PLANOWANEGO ZABIEGU

TAK został/a wstępnie zakwalifikowany/a do planowego leczenia zabiegowego ☐

NIE został/a zakwalifikowany/a do planowego leczenia zabiegowego ☐

Data i podpis lekarza anestezjologa konsultującego	Data i podpis lekarza anestezjologa znieczulającego

Prosimy o zapoznanie się z informacjami o znieczuleniu oraz o uśmierzaniu bólu pooperacyjnego

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. Należne 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.

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. **Analgosedacja** to jedna z form znieczulenia, polegająca na jednoczesnym zastosowaniu leków o działaniu uspakajającymi nasennym (sedacja) oraz leków o działaniu przeciwbólowym (analgezja). Stosowana przy bolesnych

zabiegach diagnostycznych oraz w intensywnej terapii. Przeciwwskazaniem do analgosedacji jest brak zgody pacjenta, uczulenia na leki stosowane do sedacji i brak odpowiedniego monitorowania w czasie analgosedacji.

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)

Przeciwskazaniem 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 należnego 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 (zewnątrzoponowe) w znieczuleniu tym lek wstrzykuje się do przestrzeni zewnątrzoponowej. Wykonywane jest w odcinku lędźwiowym, piersiowym lub szyjnym kręgosłupa. Po podaniu leku do przestrzeni zewnątrzoponowej, 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 zewnątrzoponowego 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 anestezjologicznych 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 anestezjologiczny.

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

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA/PACJENTKI NA ZNIECZULENIE

Ja niżej podpisany/a

……

Nazwisko i imię Pacjenta/tki

PESEL pacjenta/pacjentki ……

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 ZNIECZULENIA: ……

RODZAJ ZASTOSOWANEJ METODY UŚMIERZANIA BÓLU: ……

☐ wyrażam zgodę na wykonanie w/w czynności medycznych;

☐ nie wyrażam zgody na wykonanie w/w czynności medycznych;

Pytania zadane przez Pacjenta: ……
……
……
……

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 anestezjologa