PRZEDOPERACYJNA ANKIETA STANU ZDROWIA DZIECKA

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

   Tak ☐ …… Nie ☐

3. Czy dziecko przyjmowało ostatnio antybiotyki (ostatnie 3 tygodnie)?

   Tak ☐ PROSZĘ WYMIENIĆ, DAWKI…… Nie ☐

4. Czy dziecko przechodziło poważne choroby?

   Tak ☐ JAKIE, KIEDY…… Nie ☐

5. Czy dziecko było hospitalizowane?

   Tak ☐ Z JAKIEGO POWODU, KIEDY?…… Nie ☐

6. Czy dziecko było kiedyś operowane w znieczuleniu ogólnym/ miejscowym?

   Tak ☐ Z JAKIEGO POWODU, KIEDY?…… Nie ☐

7. Czy obserwowano u dziecka podczas znieczulenia ogólnego, miejscowego powikłania, szczególne reakcje?

   Tak ☐ Z JAKIEGO POWODU, KIEDY?…… Nie ☐

8. Czy u Rodziców dziecka obserwowano podczas znieczulenia ogólnego, miejscowego powikłania, szczególne reakcje?

   Tak ☐ PROSZĘ WYMIENIĆ …… Nie ☐

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

   Tak ☐ PROSZĘ WYMIENIĆ …… Nie ☐

10. Czy dziecko przyjmuje leki na stałe?

    Tak ☐ JAKIE/KIEDY?…… Nie ☐

Nazwisko i imię pacjenta .....

PESEL .....

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

Tak ☐ PROSZĘ WYMIENIĆ ..... Nie ☐

12. Czy dziecko przechodziło choroby zakaźne?

Tak ☐ JAKIE/KIEDY?..... Nie ☐

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

Tak ☐ ..... Nie ☐

14. Czy dziecko miało kiedykolwiek przetaczaną krew?

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

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

Tak ☐ KIEDY?..... 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 u dziecka występują zawroty głowy/zaburzenia równowagi?

Tak ☐ ..... Nie ☐

19. Czy u dziecka rozpoznano wady wzroku?

Tak ☐ ..... Nie ☐

20. Czy dziecko ma chwiejące zęby?

Tak ☐ ..... Nie ☐

21. Czy dziecko nosi aparat ortodontyczny?

Tak ☐ ..... Nie ☐

22. Czy dziecko jest zaszczepione przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby WZW typu B?

Tak ☐ ..... Nie ☐

23. Czy dziecko choruje/ chorowało na wirusowe zapalenie wątroby WZW typu A, B, C?

Tak ☐ ..... Nie ☐

24. Czy dziecko jest zakażone wirusem HIV i czy przyjmuje/ przyjmowało leki przeciwko zakażeniu wirusem HIV?

Tak ☐ ..... Nie ☐

Nazwisko i imię pacjenta ……

PESEL …….

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 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 Rodzica/Przedstawiciela ustawowego

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

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 Lekarza rodzinnego/pediatrę/specjalistę prowadzącego dziecko o informacje dotyczące Jego chorób współistniejących oraz leków stosowanych przewlekle.

……

……

……

……

……

Nazwa leku	Dawka	Schemat przyjmowania

Podpis, pieczątka lekarza
pediatry/rodzinnego/specjalisty

PRZEDOPERACYJNA ANKIETA RYZYKA KRWAWIENIA OKOŁOOPERACYJNEGO

Nazwisko i imię pacjenta ……

PESEL ……

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 (dotyczy matki dziecka)	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 (w przypadku dziecka uwzględnić krwawienie miesięczne u matki)	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
Rodzica/Przedstawiciela ustawowego

Data i podpis lekarza operatora

KARTA WSTĘPNEJ KONSULTACJI ANESTEZJOLOGICZNEJ DZIECKA

Imię i nazwisko …….

PESEL……. Płeć…….

OCENA STANU ZDROWIA DZIECKA WG ASA	
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	

Uczulenia……

Leki przyjmowane na stałe……

Badania krwi w granicach normy ☐ TAK ☐ NIE

Istotne odchylenia w badaniu fizykalnym

……

Uwagi……

……

Zalecenia……

……

……

Rekonsultacja……

……

……

……

KWALIFIKACJA DZIECKA DO 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.

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 zdezorientowane, 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. **Analgosedacja** 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 analgosedacji jest brak zgody rodzica/przedstawiciela ustawowego, 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.

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 (blokady centralne);
- ✓ bóle głowy (blokady centralne);
- ✓ zespół ogona końskiego – zaburzenia oddawania moczu i czucia w okolicy krocza (blokady 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. 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.

ŚWIADOMA ZGODA
RODZICA/PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO NA ZNIECZULENIE DZIECKA

Ja niżej podpisany/a ……
Nazwisko i imię rodzica/przedstawiciela ustawowego

Nazwisko i imię pacjenta ……

PESEL pacjenta …….

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 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 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 pieczątka lekarza anestezjologa