



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 przeciwkrzepliwne 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 WYMIENIĆNie ☐

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 WYMIENIĆNie ☐

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 WYMIENIĆNie ☐

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

Tak ☐ PROSZĘ WYMIENIĆNie ☐

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

Tak ☐ PROSZĘ WYMIENIĆNie ☐

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

Tak ☐ PROSZĘ WYMIENIĆNie ☐

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

Tak ☐ PROSZĘ WYMIENIĆNie ☐

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

Tak ☐ PROSZĘ WYMIENIĆNie ☐

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

Tak ☐ PROSZĘ WYMIENIĆNie ☐

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

Tak ☐ PROSZĘ WYMIENIĆNie ☐

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 połowiczny, miastenię, stwardnienie rozsiane, inne?

Tak ☐ PROSZĘ WYMIENIĆNie ☐

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

Tak ☐ PROSZĘ WYMIENIĆNie ☐

25. Czy choruje Pan/Pani na schorzenia psychiatryczne?

Tak ☐ PROSZĘ WYMIENIĆNie ☐

26. Używków lub leków uspakajających:

Tak ☐ PROSZĘ WYMIENIĆNie ☐

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 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 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 przewlekłe.

Proszę o wpis poniżej.

.....

.....

.....

.....

Nazwa leku	Dawka	Schemat przyjmowania

Podpis i pieczętka 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 zataamowania 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 zataamowania krwawienia/przetoczenie krwi
Krwawienia z przewodu pokarmowego	0 = brak lub nieistotne 1 = obecne	2 = konieczność leczenia 3 = konieczność zataamowania 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 = zeszytowanie 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?



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 niewielkie dawki leków;
- ✓ domięśniową;
- ✓ przez cewnik umieszczony w przestrzeni zewnątrzoponowej;
- ✓ bezpośrednio w okolicę 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.

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 (analgetyki). Stosowana przy bolesnych



zabiegach diagnostycznych oraz w intensywnej terapii. Przeciwwskazaniem do analgesedacji jest brak zgody pacjenta, 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. 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; spłotów nerwowych czy zwojów mózgowych;
- b) znieczulenie przewodowe ośrodkowe (blokada 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 (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;
- ✓ bóle głowy;
- ✓ zespół ogona końskiego – zaburzenia oddawania moczu i czucia w okolicy krocza (blokada centralne);
- ✓ zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych (blokada centralne).

4. Znieczulenie nerwów obwodowych polega na wstrzyknięciu środka znieczulającego w okolicę pnia nerwu, spłotu 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/teki

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;
 - ✓ 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 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