Oddział macierzysty

Ankieta anestezjologiczna – dzieci

Imię i nazwisko dziecka: . . . . . .

Data urodzenia dziecka: . . . . . **Wiek:** . . . . . .

Imię i nazwisko opiekuna prawnego/faktycznego: . . . . . .

Tak	Nie	Czy dziecko:
❑	❑	rozwija się prawidł owo i dobrze toleruje wysił ek fizyczny?
❑	❑	jest pod kontrolą poradni specjalistycznej?
❑	❑	był o dotychczas szczepione wg kalendarza szczepień?
❑	❑	przebył o szczepienie w ostatnich 4 tygodniach?
❑	❑	miał o w ostatnich 4 tygodniach kontakt z chorobą zakaźną lub chorował o na chorobę zakaźną?
❑	❑	jest niepeł nosprawne lub ma wadę wrodzoną?
❑	❑	był o kiedykolwiek intubowane lub używał o rurki wspomagającej oddychanie?
❑	❑	odczuwał o kiedykolwiek brak tchu przy wysił ku lub siniał y mu usta?
❑	❑	stracił o kiedykolwiek przytomność lub omdlał o?
❑	❑	miewa świsty lub gwizdy w czasie oddychania?
❑	❑	chrapie lub śpi z otwartą buzią?
❑	❑	w ostatnich czterech tygodniach był o przeziębione lub miał o inną infekcję ukł adu oddechowego?
❑	❑	lub ktoś w bliskiej rodzinie dziecka ma osł abienie mięśni, schorzenia mięśni lub ukł adu nerwowego?
❑	❑	lub ktoś w bliskiej rodzinie dziecka przebył poważne krwawienie lub ma skł onność do siniaków?
❑	❑	przyjmował o w ostatnich dwóch tygodniach ibuprofen lub podobne leki (leki przeciwbólowe, przeciwzapalne) ?
❑	❑	miał o kiedykolwiek anemię lub przyjmował o preparaty żelaza?
❑	❑	lub ktoś w bliskiej rodzinie dziecka miał powikł ania związane ze znieczuleniem?
❑	❑	stosuje używki takie jak papierosy, alkohol, leki lub substancje odurzające?
❑	❑	(dotyczy dziewczynek) Czy istnieje możliwość, że dziecko jest w ciąży? Jeśli miesiączkuje, podać datę ostatniej miesiączki: _____

....

czytelny podpis opiekuna prawnego/faktycznego

czytelny podpis dziecka (dotyczy dzieci ≥16 rż.)

Imię i nazwisko dziecka: . . . . . .

Wypełnia anestezjolog – wywiad chorobowy (właściwe zakreślić)

Uczulenia	❑ NIE ❑ TAK	
Przyjmowane leki, suplementy diety	❑ NIE ❑ TAK	
Szczepienia ochronne	❑ NIE ❑ TAK	❑ wg kalendarza szczepień ❑ w ostatnim miesiącu
Przebyte schorzenia	❑ NIE ❑ TAK	❑ infekcja górnych dróg oddechowych w ostatnich 4. tygodniach
Powikłania znieczulenia	❑ NIE ❑ TAK	
Choroby układu sercowo-naczyniowego	❑ NIE ❑ TAK	❑ ograniczona tolerancja wysiłku fizycznego ❑ incydenty sinicze ❑ duszność wysiłkowa ❑ wada serca ❑ inne
Choroby układu oddechowego	❑ NIE ❑ TAK	❑ astma oskrzelowa ❑ duszność ❑ częste infekcje dróg oddechowych ❑ inne
Choroby układu nerwowego	❑ NIE ❑ TAK	❑ miopatie ❑ padaczka ❑ drgawki gorączkowe ❑ inne
Cukrzyca	❑ NIE ❑ TAK	❑ typ 1 ❑ typ inny ❑ źle kontrolowana ❑ inne
Zaburzenia krzepnięcia	❑ NIE ❑ TAK	❑ istotne klinicznie
Anemia	❑ NIE ❑ TAK	❑ objawowa
Ciąża	❑ NIE ❑ TAK	
Inne	❑ NIE ❑ TAK	

Admed® MEDICAL PARTNER

Imię i nazwisko dziecka: . . . . . .

Wypełnia anestezjolog – badanie i premedykacja

Premedykacja i zlecenia dla pielęgniarki anestezjologicznej	Badania	
	Hb	pH
	Ht	pO_2
	Plt	pCO_2
	APTT	HCO_3^-
	INR	BE
	Glu	$SatO_2$
	inne	

Badanie fizykalne **ASA I II III IV V VI E**

Dziecko ❑ przytomne ❑ zorientowane ❑ w kontakcie adekwatnym
❑ nieprzytomne ❑ GCS ___ pkt. ❑ Ramsey ___ pkt.
Masa ciała: _____ kg RR: _____ mmHg
Wzrost: _____ cm Tętno: _____ min^{-1}
Temp. ciała: _____ °C $SatO_2$: _____%

płuca ❑ szmer oddechowy pęcherzykowy symetryczny
❑ _____

serce ❑ akcja serca ❑ miarowa ❑ niemiarowa _____ min^{-1}
❑ tony serca ❑ czyste ❑ _____
_____

nawodnienie ❑ prawidłowe ❑ odwodnienie _____

inne (np. ruszające się zęby) _____
_____

Ocena drożności dróg oddechowych

❑ **trudna intubacja**
❑ **trudna/niemożliwa wentylacja**

- Mallampati I° II° III° IV°
- Trudne drogi oddechowe:
  ❑ hipoplazja żuchwy ❑ przerost języka ❑ niedorozwój środkowej części twarzy
  ❑ podniebienie gotyckie ❑ nieprawidłowo ruchoma szyja ❑ mukopolisacharydoza
  ❑ naczyniak ❑ ropień ❑ blizny pooparzeniowe ❑ stan po radioterapii ❑ ograniczone otwarcie ust
- Inne: _____
_____

Uwagi lekarza

..... data

..... podpis anestezjologa

Admed MEDICAL PARTNER

Imię i nazwisko dziecka: . . . . . .

Formularz świadomej zgody na znieczulenie

Data zabiegu: _____

Rozpoznanie: _____

Planowany zabieg: _____

Planowane znieczulenie: _____

Niniejszym wyrażam zgodę i proszę o proponowane znieczulenie dziecka do zabiegu operacyjnego. Zgadzam się na towarzyszące temu postępowanie medyczne w czasie i po zabiegu.

Zgadzam się na medycznie uzasadnione zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego, w tym zmianę rodzaju znieczulenia.

Zapoznał em/am się z broszurą „Informacja o rodzajach znieczuleń do zabiegów operacyjnych oraz o ryzyku związanym ze znieczuleniem".

Jednocześnie oświadczam, że miał em/am nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących znieczulenia, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikł ańoraz że uzyskał em/am zrozumiał e dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi.

Rozumiem i akceptuję ryzyko oraz możliwe powikł ania jakie niesie ze sobą znieczulenie. Oświadczam, że nie zataił em/am żadnych informacji o stanie zdrowia mojego dziecka.

Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na której podjęcie miał em/am wystarczającą ilość czasu.

Wyrażam zgodę na uzasadnione medycznie przetoczenie krwi lub skł adników krwiopochodnych: ❑ TAK ❑ NIE

.....	.....
czytelny podpis opiekuna prawnego	czytelny podpis dziecka (dotyczy dzieci ≥16 rż.)
.....	.....
data	czytelny podpis anestezjologa pobierającego zgodę

Admed® MEDICAL PARTNER