Oddział macierzysty

Ankieta anestezjologiczna – dorośli

Imię i nazwisko: . . . . . .

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

Tak	Nie	Czy Pan/Pani:
❑	❑	odczuwa ból lub dyskomfort w klatce piersiowej?
❑	❑	odczuwa silny ból lub ucisk w klacie piersiowej trwający pół godziny lub dł użej?
❑	❑	miewa obrzęknięte kostki?
❑	❑	miewa utraty przytomności lub omdlenia?
❑	❑	odczuwa brak tchu przy wchodzeniu pod górę, po schodach lub w czasie snu?
❑	❑	odczuwa bóle nóg podczas chodzenia?
❑	❑	ma osł abienie lub cał kowitą niemożność poruszania ręką lub nogą?
❑	❑	miewa świszczący oddech lub odczuwa duszności?
❑	❑	chrapie, dł awi się lub dusi w czasie snu?
❑	❑	ma obecnie przeziębienie, zapalenie oskrzeli lub inną infekcję dróg oddechowych?
❑	❑	zwykle kaszle?
❑	❑	lub ktoś w rodzinie ma poważne problemy z krzepnięciem krwi, np. krwawi dł ugo po zabiegu lub skaleczeniu?
❑	❑	przyjmuje w ostatnich dwóch tygodniach aspirynę, leki rozrzedzające krew lub leki przeciwbólowe?
❑	❑	miał (a) kiedykolwiek anemię lub przyjmował leki zawierające żelazo?
❑	❑	miał (a) nietypowe krwawienia, np. w postaci czarnych lub krwistych stolców albo (dotyczy kobiet) obfite krwawienia z dróg rodnych?
❑	❑	lub ktoś w rodzinie miał kiedykolwiek problemy związane ze znieczuleniem?
❑	❑	pali papierosy?
❑	❑	spożywa alkohol regularnie?
❑	❑	stosuje środki odurzające?
❑	❑	(dotyczy kobiet) Czy istnieje możliwość, że jest Pani w ciąży? Data ostatniej miesiączki? _____

.....

czytelny podpis pacjenta
lub opiekuna prawnego

Imię i nazwisko pacjenta: . . . . . .

Wypełnia anestezjolog – wywiad chorobowy (właściwe zakreślić)

Uczulenia	❑ NIE ❑ TAK			
Przyjmowane leki, suplementy diety, szczepienia ochronne	❑ NIE ❑ TAK			
Przebyte zabiegi	❑ NIE ❑ TAK			
Powikłania znieczulenia	❑ NIE ❑ TAK			
Choroby układu sercowo-naczyniowego	❑ NIE ❑ TAK	❑ nadciśnienie tętnicze ❑ choroba wieńcowa ❑ zawał serca ❑ niewydolność serca ❑ blok P/K ❑ arytmie komorowe ❑ arytmie nadkomorowe ❑ bradykardia ❑ tachykardia komorowa ❑ wady zastawkowe ❑ stymulator serca ❑ zakrzepica żylna ❑ przebyty udar mózgu, TIA ❑ inne	(❑ niestabilna/ciężka) (❑ w ostatnich 90 dniach) (❑ zdekompensowana) (❑ dużego stopnia) (❑ objawowe) (❑ z czynnością komór >100/min.) (❑ objawowa) (❑ nowo rozpoznana) (❑ poważna stenoza aortalna) (❑ objawowa stenoza mitralna) ❑ kardiowerter/defibrylator ❑ chromanie przestankowe	❑ stent
Choroby układu oddechowego	❑ NIE ❑ TAK	❑ astma oskrzelowa ❑ niewydolność oddechowa ❑ zapalenie płuc ❑ inne	❑ POChP (❑ zaostrzenie) ❑ niedodma ❑ zespół bezdechu sennego	
Nieprawidłowy stan odżywienia	❑ NIE ❑ TAK	❑ otyłość ❑ wyniszczenie		
Używki	❑ NIE ❑ TAK	❑ chroniczny palacz ❑ nadużywanie alkoholu ❑ leki odurzające	(❑ ryzyko z. abstynencyjnego)	
Choroby nerek	❑ NIE ❑ TAK	❑ ostra niewydolność nerek ❑ przewlekła niewyd. nerek	❑ dializa	
Cukrzyca	❑ NIE ❑ TAK	❑ typ 1 ❑ źle kontrolowana ❑ inne	❑ typ 2	
Choroby układu trawiennego i endokrynnego	❑ NIE ❑ TAK	❑ marskość wątroby ❑ sterydoterapia ❑ inne	❑ choroby tarczycy ❑ porfiria	
Choroby układu nerwowego	❑ NIE ❑ TAK	❑ padaczka ❑ miastenia ❑ inne	❑ miopatie ❑ niedowłady, porażenia	
Zaburzenia krzepnięcia	❑ NIE ❑ TAK	❑ istotne klinicznie		
Anemia	❑ NIE ❑ TAK	❑ objawowa		
Choroby układu mięśniowo-szkieletowego	❑ NIE ❑ TAK	❑ dyskopatia ❑ inne	❑ skrzywienie kręgosłupa	
Ciąża	❑ NIE ❑ TAK			

Komma MEDICAL PARTNER ®

Imię i nazwisko pacjenta: . . . . . .

Wypełnia anestezjolog – badanie i premedykacja

Premedykacja i zlecenia dla pielęgniarki anestezjologicznej	**Badania**	
	Hb	Na^+
	Ht	K^+
	Plt	Mocznik
	APTT	Kreatynina
	INR	TSH
	Glu	
	EKG	
	Gr. krwi:	

Badanie fizykalne ASA I II III IV V VI E

Pacjent ❑ przytomny ❑ zorientowany ❑ w kontakcie logicznym
❑ nieprzytomny ❑ GCS ___ pkt. ❑ Ramsey ___ pkt.
Masa ciała: _____ kg RR: _____ mmHg
Wzrost: _____ cm Tętno: _____ min^{-1}
Temp. ciała: _____ °C $SatO_2$: _____ %

płuca ❑ szmer oddechowy pęcherzykowy symetryczny
❑ _____

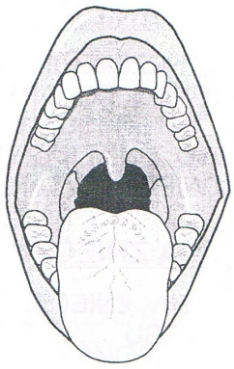
serce akcja serca: ❑ miarowa ❑ niemiarowa _____ min^{-1}
tony serca: ❑ czyste ❑ _____
_____

inne _____

Ocena drożności dróg oddechowych ❑ **trudna intubacja**
❑ **trudna/niemożliwa wentylacja**

- Mallampati I° II° III° IV°
- Predyktory trudnej wentylacji przez maskę:
  ❑ wiek >55 lat ❑ BMI >30 ❑ chrapanie ❑ broda ❑ Mallampati III°/IV° ❑ ograniczona protruzja żuchwy ❑ płeć męska ❑ bezzębie ❑ guzy w obrębie dróg oddechowych
- Kryteria trudnej intubacji:
  ❑ odległość tarczowo-bródkowa <3cm ❑ Mallampati III°/IV° ❑ otwarcie ust <3cm ❑ test zagryzania górnej wargi III°
- Inne (zęby, drożność nosa itp.):_____

Uwagi lekarza



..... data

..... podpis i pieczęć anestezjologa

Admed® MEDICAL PARTNER

Imię i nazwisko pacjenta: . . . . . .

Formularz świadomej zgody na znieczulenie

Data zabiegu: _____

Rozpoznanie: _____

Planowany zabieg: _____

Planowane znieczulenie: _____

Niniejszym wyrażam zgodę i proszę o proponowane znieczulenie 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 medycznych odnośnie stanu zdrowia, uczuleń, przebytych chorób i operacji oraz przyjmowanych leków.

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 pacjenta
lub opiekuna prawnego

.....
data

.....
podpis i pieczęć anestezjologa
pobierającego zgodę

Admed® MEDICAL PARTNER