

Ankieta anestezyjologiczna – dorośli

Imię i nazwisko:

Data urodzenia: Wiek:

- | Tak | Nie | Czy Pan/Pani: |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | odczuwa ból lub dyskomfort w klatce piersiowej? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | odczuwa silny ból lub ucisk w klatce piersiowej trwający pół godziny lub dłużej? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | miewa obrzęknięte kostki? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | miewa utraty przytomności lub omdlenia? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | odczuwa brak tchu przy wchodzeniu pod górę, po schodach lub w czasie snu? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | odczuwa bóle nóg podczas chodzenia? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ma osłabienie lub całkowitą niemożność poruszania ręką lub nogą? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | miewa świszczący oddech lub odczuwa duszności? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | chrapie, dławią się lub dusi w czasie snu? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ma obecnie przeziębienie, zapalenie oskrzeli lub inną infekcję dróg oddechowych? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | zwykle kaszle? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | lub ktoś w rodzinie ma poważne problemy z krzepnięciem krwi, np. krwawi długo po zabiegu lub skaleczeniu? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | przyjmuje w ostatnich dwóch tygodniach aspirynę, leki rozrzedzające krew lub leki przeciwbólowe? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | miał (a) kiedykolwiek anemię lub przyjmował leki zawierające żelazo? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | miał (a) nietypowe krwawienia, np. w postaci czarnych lub krwistych stolców albo (dotyczy kobiet) obfite krwawienia z dróg rodnych? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | lub ktoś w rodzinie miał kiedykolwiek problemy związane ze znieczuleniem? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | pali papierosy? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | spożywa alkohol regularnie? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | stosuje środki odurzające? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (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	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
Przyjmowane leki, suplementy diety, szczepienia ochronne	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
Przebyte zabiegi	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
Powikłania znieczulenia	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
Choroby układu sercowo- naczyniowego	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> nadciśnienie tętnicze <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> choroba wieńcowa (<input type="checkbox"/> niestabilna/ciężka) <input type="checkbox"/> stent <input type="checkbox"/> zawał serca (<input type="checkbox"/> w ostatnich 90 dniach) <input type="checkbox"/> niewydolność serca (<input type="checkbox"/> zdekompensowana) <input type="checkbox"/> blok P/K (<input type="checkbox"/> dużego stopnia) <input type="checkbox"/> arytmie komorowe (<input type="checkbox"/> objawowe) <input type="checkbox"/> arytmie nadkomorowe (<input type="checkbox"/> z czynnością komór >100/min.) <input type="checkbox"/> bradykardia (<input type="checkbox"/> objawowa) <input type="checkbox"/> tachykardia komorowa (<input type="checkbox"/> nowo rozpoznana) <input type="checkbox"/> wady zastawkowe (<input type="checkbox"/> poważna stenoz aortalna) <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/> objawowa stenoz mitralna) <input type="checkbox"/> stymulator serca <input type="checkbox"/> kardiowerter/defibrylator <input type="checkbox"/> zakrzepica żylna <input type="checkbox"/> chromanie przestankowe <input type="checkbox"/> przebyty udar mózgu, TIA <input type="checkbox"/> inne
Choroby układu oddechowego	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> astma oskrzelowa <input type="checkbox"/> POChP (<input type="checkbox"/> zaostrzenie) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> niewydolność oddechowa <input type="checkbox"/> niedodma <input type="checkbox"/> zapalenie płuc <input type="checkbox"/> zespół bezdechu sennego <input type="checkbox"/> inne
Nieprawidłowy stan odżywienia	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> otyłość <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> wyniszczenie
Użytki	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> chroniczny palacz <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> nadużywanie alkoholu (<input type="checkbox"/> ryzyko z. abstynencyjnego) <input type="checkbox"/> leki odurzające
Choroby nerek	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ostra niewydolność nerek <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> przewlekła niewyd. nerek <input type="checkbox"/> dializa
Cukrzyca	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> typ 1 <input type="checkbox"/> typ 2 <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> źle kontrolowana <input type="checkbox"/> inne
Choroby układu trawiennego i endokrynnego	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> marskość wątroby <input type="checkbox"/> choroby tarczycy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> sterydoterapia <input type="checkbox"/> porfiria <input type="checkbox"/> inne
Choroby układu nerwowego	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> padaczka <input type="checkbox"/> miopatie <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> miastenia <input type="checkbox"/> niedowłady, porażenia <input type="checkbox"/> inne
Zaburzenia krzepnięcia	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> istotne klinicznie <input type="checkbox"/> TAK
Anemia	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> objawowa <input type="checkbox"/> TAK
Choroby układu mięśniowo- szkieletowego	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> dyskopatia <input type="checkbox"/> skrzywienie kręgosłupa <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> inne
Ciąża	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK

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

SatO₂: _____ %

płuca

szmer oddechowy pęcherzykowy symetryczny

serce

akcja serca: miarowa niemiaraowa _____ 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:

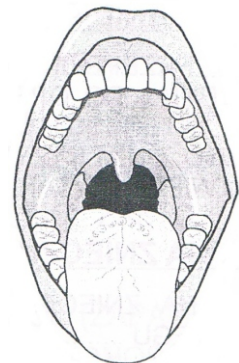
wiek >55 lat BMI >30 chrapanie broda Mallampati III°/IV° ograniczona protruzja żuchwy płęć męska bezzębie guzy w obrębie dróg oddechowych

▪ 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

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 anestezyjologicznego, w tym zmianę rodzaju znieczulenia.

Zapoznałem/am się z broszurą „Informacja o rodzajach znieczuleń do zabiegów operacyjnych oraz o ryzyku związanym ze znieczuleniem”.

Jednocześnie oświadczam, że miałem/am nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących znieczulenia, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań oraz że uzyskałem/am zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi.

Rozumiem i akceptuję ryzyko oraz możliwe powikłania jakie niesie ze sobą znieczulenie.

Oświadczam, że nie zataiłem/am żadnych informacji medycznych odnośnie stanu zdrowia, uczuleń, przebytych chorób i operacji oraz przyjmowanych leków.

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

Wyrażam zgodę na uzasadnione medycznie przetoczenie krwi lub składników krwiotwórczych: TAK NIE

.....
czytelny podpis pacjenta
lub opiekuna prawnego

.....
data

.....
podpis i pieczęć anestezjologa
pobierającego zgodę