

SALA/GODZ.

DATA ZABIEGU, /.....

GABINET ZABIEGOWO DIAGNOSTYCZNY

HAUZER CLINIC

Żerniki Wrocławskie

Przedoperacyjna ankieta anestezjologiczna

Zadaniem anestezjologa jest zapewnienie największego bezpieczeństwa i komfortu dla pacjenta podczas zabiegów operacyjnych lub diagnostycznych. Anestezjolog troszczy się o zniesienie bólu, przez podanie leków przeciwbólowych lub znieczulenie ogólne (uśpienie) pacjenta. Pewne zabiegi można przeprowadzić w znieczuleniu regionalnym (przewodowym) obejmującym tylko określoną część ciała. Znieczulenie takie tylko w niewielkim stopniu obciąża organizm. Wbrew obawom niektórych pacjentów znieczulenie regionalne w okolicy kręgosłupa (nadoponowe, rdzeniowe) niezwykle rzadko powoduje uszkodzenie nerwów. Anestezjolog nadzoruje ponadto czynność organizmu (serca, płuc) podczas zabiegu i natychmiast leczy występujące powikłania.

Ankieta przedoperacyjna służy do zebrania informacji na podstawie których możliwe będzie wybranie najbardziej korzystnego postępowania anestezjologicznego: Pana(i) współpraca przyczyni się do optymalnego przebiegu znieczulenia. Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. Podczas rozmowy z anestezjologiem prosimy o stawianie dalszych pytań i podpisanie zgody na znieczulenie dopiero w jego obecności.

PRZYGOTOWAĆ:
.....
.....
.....
.....

ODDZIAŁ/SALA:/.....

Nazwisko Imię

Data urodzenia Wzrost Waga

Zawód

Adres

ROZPOZNANIE / ZABIEG

1. Czy leczy się Pan(i) ostatnio? TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
2. Jeśli tak, to na jakie schorzenie?
3. Jakie leki obecnie Pan(i) przyjmuje?
4. Czy był(a) Pan(i) już operowany(a)? TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
 - a) w roku
 - b) w roku
 - c) w roku
 - d) w roku
5. Czy dobrze zniósł Pan(i) znieczulenie? TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
6. Czy miał(a) Pan(i) transfuzję? TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
 - a) kiedy?
 - b) czy dobrze zniósł(a) Pan(i) transfuzję?
7. Choroby serca (zawał, zapalenie, niedokrwienie m. sercowego, wada) TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
8. Choroby krążenia (ciśnienie krwi wysokie, niskie omdlenie, zmęczenie, duszności) TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
9. Choroby naczyń (żylaki, bóle łydek przy chodzeniu, złe ukrwienie kończyn, zapalenie żył) TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
10. Choroby płuc (gruźlica, zapalenie płuc, rozedma, pylica) TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
11. Choroby dróg oddechowych (astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli) TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
12. Choroby żołądka (zapalenie, choroba wrzodowa) TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
13. Choroby wątroby (żółtaczka, zastój, stłuszczenie wątroby) TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
14. Choroby układu moczowego(zapalenie nerek, kamienie nerkowe, trudności w oddawaniu moczu) TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
15. Choroby przemiany materii (cukrzyca, DNA) TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
16. Choroby tarczycy (wole obojętne, nadczynność, niedoczynność) TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
17. Choroby oczu (np. jaskra) TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
18. Choroby nerwów (porażenia, drgawki, udar) TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
19. Zmiany nastroju (np depresja, nerwica) TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐

20. Choroby układu szkieletowego
(np. bóle korzonkowe, zmiany kręgosłupa, stawów, osłabienie mięśni) TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
21. Choroby krwi i układu krzepnięcia
(np. skłonność do krwawień, siniaków) TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
22. Uczulenia (katar sienny, wysypka, uczulenia na pokarmy, leki, plaster, jodynę) TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
23. Inne schorzenia, nie wymienione powyżej
Jakie? TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
24. Czy jest Pani w ciąży? TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
25. Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę? NIE WIEM ☐
26. Czy nosi Pan(i) protezy zębowe lub szkła kontaktowe? TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
27. Czy Pan(i) pali?
a) jeśli tak to ile? TAK ☐ NIE ☐
b) od kiedy już nie?
28. Czy pije pan(i) alkohol?
NIE ☐ RZADKO ☐ NIEWIELE ☐ REGULARNIE ☐ REGULARNIE DUŻO ☐
29. Czy zażywa Pan(i) środki uspokajające lub nasenne?
TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
Jakie?

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Dr. przeprowadził(a) ze mną dzisiaj rozmowę wyjaśniającą problem znieczulenia do operacji. Podczas tej rozmowy mogłem(am) pytać o wszystkie interesujące mnie problemy rodzaju znieczulenia, związanego z nim ryzyka oraz innych okoliczności przed i pooperacyjnych. Nie mam więcej pytań.

ZGODA NA ZNIECZULENIE

Niniejszym wyrażam zgodę na znieczulenie ogólne / regionalne do zabiegu
..... jak również na towarzyszące temu postępowanie (infuzje, transfuzje, leczenie krążeniowe, oddechowe) w czasie i po zabiegu. Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego (w tym zmianę rodzaju znieczulenia).

.....
PODPIS LEKARZA

.....
PODPIS PACJENTA

Uwagi lekarza:

Data	Godz.	Lek	Dawka	Droga	Kto podał	Godz.