

# ANESTEZJOLOGICZNA ANKIETA PRZEDOPERACYJNA

Imię i Nazwisko ..... Tel. kontaktowy .....

Data urodzenia.....Waga.....Wzrost.....Grupa krwi.....Rh.....

Rozpoznanie i planowany zabieg: .....

Data kwalifikacji do zabiegu:.....Data planowanego zabiegu:.....

## Szanowni Państwo!

Zabiegi operacyjne i niektóre zabiegi diagnostyczne wymagają aby w ich trakcie spać, nie poruszać się, nie odczuwać bólu ani innych bodźców z pola operacyjnego. Osiągnąć możemy to różnymi metodami znieczulenia. Za jego przebieg oraz bezpieczeństwo odpowiada lekarz - anestezjolog.

*Anestezjolog po przeczytaniu poniższej ankiety, przeprowadzeniu dokładnego badania oraz wypytaniu się o niezbędne szczegóły wybierze metodę znieczulenia, która najlepiej odpowiada zabiegowi jakiemu Pan/Pani ma być poddany, omówi go z Państwem, oraz wyjaśni ewentualne wątpliwości jakie możecie Państwo mieć.*

### **Uwaga!**

*W ciągu co najmniej 24 godzin od przebytej operacji (znieczulenia) nie wolno prowadzić samochodu, innych pojazdów ani skomplikowanych urządzeń ze względu na ryzyko wystąpienia zaburzeń świadomości i spowodowania wypadku.*

### **SEDACJA**

Do niektórych niebolesnych zabiegów diagnostycznych oraz zabiegów operacyjnych z zastosowaniem znieczulenia miejscowego lub przewodowego niepotrzebne jest znieczulenie ogólne. Podajemy wówczas jedynie leki powodujące uspokojenie lub płytki sen. Stan taki nazywamy sedacją. Powoduje on często niepamięć okresu operacji, zabiegu diagnostycznego.

### **ZNIECZULENIE OGÓLNE**

Znieczulenie ogólne wyłącza świadomość i zdolność odczuwania bólu w całym organizmie. Uzyskuje się, je dzięki podaniu kombinacji leków usypiających, przeciwbólowych i jeśli potrzeba leków zwiotczających mięśnie. Wtedy konieczne jest wprowadzenie do tchawicy tzw. rurki intubacyjnej i prowadzenie sztucznego oddechu za pomocą aparatu do znieczulania. Rurkę usuwa się po zakończeniu zabiegu.

### **ZNIECZULENIE PRZEWODOWE**

Do niektórych zabiegów oprócz znieczulenia ogólnego wykonać można znieczulenie przewodowe. Polega ono na podaniu w odpowiednie miejsce leków znieczulających miejscowo, które uniemożliwiają przewodzenie bólu przez nerwy. Wyłączają one czucie zasadniczo tylko z okolicy w której wykonywany jest zabieg operacyjny. Pozwala to na wykonanie zabiegu na kończynach dolnych, górnych, operacji przepuklin, stulejki, żylaków i wielu innych. Działanie leków utrzymuje się po zakończeniu operacji dzięki czemu nie odczuwa się bólu, lub zapotrzebowanie na leki przeciwbólowe jest bardzo małe. Często leki znieczulające miejscowo wyłączają też działanie nerwów odpowiadających za poruszanie kończynami, które mogą w pierwszych godzinach być słabsze. Jest to normalny, mijający po około 3-6 godzinach objaw. Przejściowo mogą pojawić się trudności w oddawaniu moczu, w wyjątkowych przypadkach wymagające cewnikowania pęcherza moczowego. Zaburzenia te mijają po kilku godzinach.

### **RYZYKO ZNIECZULENIA**

Ciężkie, zagrażające życiu komplikacje podczas znieczulenia zdarzają się niezwykle rzadko. Ryzyko znieczulenia jest zazwyczaj wielokrotnie mniejsze niż ryzyko powikłań chirurgicznych. Współczesne metody znieczulenia, dokładne dawkowanie środków anestetycznych i wszechstronne monitorowanie funkcji organizmu czynią anestezję bezpieczną, aczkolwiek podczas znieczulenia może dojść do zdarzeń nieprzewidywalnych. Szansa ich wystąpienia jest znikoma, ale uczciwość zawodowa każe o nich wspomnieć. Do powikłań zagrażających życiu należą: zaburzenia rytmu pracy serca, może dojść do zatrzymania krążenia, oddechu, ciężkiej reakcji anafilaktycznej (uczulenie) i innych. Występują one głównie u pacjentów w ciężkim stanie, z licznymi chorobami towarzyszącymi. Na sali zawsze obecny jest anestezjolog, który w przypadku komplikacji podejmie odpowiednie działania. Podczas zabiegu może zająć konieczność wykonania dodatkowych nie omówionych z Państwem czynności, zabiegów medycznych uzasadnionych Państwa dobrem.

Nazwisko i imię: ..... PESEL: .....

**UWAŻNE PRZECZYTANIE I DOKŁADNE ODPOWIEDZENIE NA PONIŻSZE PYTANIA UMOŻLIWIĄ  
ANESTEZJOLOGOWI ZAPLANOWANIE I BEZPIECZNE PRZEPROWADZENIE ZNIECZULENIA**

Właściwą odpowiedź zaznaczamy przez zakreślenie odpowiedniego pola: TAK  NIE  NIE WIEM

1. Jaki lek przyjmuje Pan (Pani) obecnie .....
2. Czy był Pan (Pani) operowany  
Tak, na .....w roku .....jakie znieczulenie?.....  
Tak, na .....w roku .....jakie znieczulenie?.....
3. Czy dobrze zniósł Pan (Pani) znieczulenie TAK  NIE  NIE WIEM
4. Czy miał Pan (Pani) transfuzję krwi TAK  NIE  NIE WIEM
5. Kiedy to było? .....czy dobrze zniósł Pan (Pani) transfuzję?  
**Czy choruje Pan (Pani) na którąś z niżej wymienionych chorób:** TAK  NIE  NIE WIEM
6. Choroby serca: zawał, choroba wieńcowa, wada serca, arytmia TAK  NIE  NIE WIEM
7. Nadciśnienie tętnicze TAK  NIE  NIE WIEM
8. Choroby naczyń, żylaki, zapalenie żył, zakrzepica, miażdżyca TAK  NIE  NIE WIEM
9. Choroby płuc: gruźlica, rozedma, zapalenie płuc TAK  NIE  NIE WIEM
10. Astma, POCHP, częste zapalenia oskrzeli, krtani TAK  NIE  NIE WIEM
11. Choroby żołądka: zapalenie, choroba wrzodowa TAK  NIE  NIE WIEM
12. Choroby wątroby: żółtaczką zakaźną, marskość, inne TAK  NIE  NIE WIEM
13. Choroby układu moczowego: zapalenia, kamica, niewydolność nerek TAK  NIE  NIE WIEM
14. Przerost prostaty TAK  NIE  NIE WIEM
15. Choroby przemiany materii: cukrzyca, dna moczanowa TAK  NIE  NIE WIEM
16. Choroby tarczycy: wole guzkowe, nadczynność, niedoczynność TAK  NIE  NIE WIEM
17. Choroby przysadki mózgowej, nadnerczy TAK  NIE  NIE WIEM
18. Choroby oczu: jaskra, ciężka wada wzroku, zaćma TAK  NIE  NIE WIEM
19. Choroby ukł. nerwowego: porażenia, miastenia, udar, padaczka TAK  NIE  NIE WIEM
20. Zmiany nastroju: depresja, nerwica TAK  NIE  NIE WIEM
21. Choroby kręgosłupa, bóle korzonkowe TAK  NIE  NIE WIEM
22. Choroby krwi, układu krzepnięcia, skłonność do krwawień TAK  NIE  NIE WIEM
23. Uczulenia? Na co? ..... TAK  NIE  NIE WIEM
24. Inne niewymienione choroby .....
25. Czy jest Pani w ciąży? TAK  NIE  NIE WIEM
26. Data ostatniej miesiączki .....
27. Czy ma Pan/i ruszające się zęby, nosi Pan/i protezy, aparaty korekcyjne TAK  NIE  NIE WIEM
28. Czy nosi Pan/i szkła kontaktowe TAK  NIE
29. Czy pali Pan papierosy? ile? ..... dziennie TAK  NIE
30. Czy ma (miał) Pan/i kłopoty z alkoholem, lekami, narkotykami TAK  NIE
31. Ostatni posiłek o godzinie: .....
32. Ostatnie picie o godzinie: .....

**Oświadczenie**

Oświadczam ze zgodnie z prawdą udzieliłem odpowiedzi na postawione mi w kwestionariuszu pytania.

.....  
czytelny podpis

Nazwisko i imię: ..... PESEL: .....

## UWAGA!

Środki znieczulające znoszą działanie mechanizmów obronnych zapobiegających przedostaniu się zawartości żołądka do płuc, w związku z tym prosimy o bezwzględne przestrzeganie poniższych zaleceń:

- Przynajmniej 6 (sześć) godzin przed zabiegiem nie wolno nic jeść i pić.
- Jeśli zalecone zostało inne postępowanie jeśli chodzi o jedzenie, picie proszę stosować się ściśle do wskazówek anestezjologa.
- Dłuższe głodzenie nie jest wskazane, nie przynosi żadnej korzyści.

### Zgoda na znieczulenie

*Powyższe informacje dotyczące znieczulenia zrozumiałem i nie mam dalszych pytań. Zgadzam się na to, że planowany zabieg odbędzie się w znieczuleniu ogólnym lub innym odpowiednim dla mojego stanu. Zgadzam się na przeprowadzenie anestezjologicznych zabiegów przygotowawczych i towarzyszących. Wyrażam zgodę na ewentualne zmiany w uzgodnionym sposobie znieczulenia, jeśli wymagać będzie tego mój stan i moje dobro. Oświadczam, że zapoznałem się z mogącymi wystąpić powikłaniami po zastosowaniu zaproponowanego rodzaju znieczulenia opisanymi w części informacyjnej.*

Wyrażam zgodę na następujące metody znieczulenia i zabiegi dodatkowe:.....

Zgadzam się na zmianę sposobu postępowania, jeśli wymagać tego będzie moje bezpieczeństwo lub pomyślny przebieg przeprowadzonego zabiegu operacyjnego

Bydgoszcz, dnia .....

.....  
Podpis i pieczęć lekarza

.....  
Czytelny podpis

Inne uwagi dotyczące wizyty przedoperacyjnej:

Kod ICD-9: 89.000 Konsultacja anestezjologiczna .....

Nazwisko i imię: ..... PESEL: .....

Ocena przedoperacyjna (wypełnia anestezjolog)

ASA: ..... Mallampati: .....

Badanie przedmiotowe - odchylenia: .....  
.....  
.....  
.....  
.....

Zalecam następujące badania dodatkowe przed zabiegiem operacyjnym:

- |                   |                          |                           |
|-------------------|--------------------------|---------------------------|
| - Grupa krwi      | <input type="checkbox"/> | INNE ZALECENIA:           |
| - Morfologia      | <input type="checkbox"/> | .....                     |
| - Jonogram        | <input type="checkbox"/> | .....                     |
| - APTT, INR       | <input type="checkbox"/> | .....                     |
| - Glikemia        | <input type="checkbox"/> | .....                     |
| - RKZ             | <input type="checkbox"/> | .....                     |
| - BUN, kreatynina | <input type="checkbox"/> | zalecam konsultacje:..... |
| - AspAt ALAt      | <input type="checkbox"/> | .....                     |
| - .....           | <input type="checkbox"/> | .....                     |
| - .....           | <input type="checkbox"/> | .....                     |
| - .....           | <input type="checkbox"/> | .....                     |

Premedykacja:

PŁYNY: NaCl: .....ml PWE: .....ml

Leki: Ketonal .....mg iv Pyralgina .....g Paracetamol ..... mg pr. p.os.....

Midazolam.....mg .....  
.....

PreOp .....ml o godzinie ..... w ciągu .....

Planowane znieczulenie:

- |                       |                          |                         |                          |
|-----------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| OGÓLNE ZŁOŻONE        | <input type="checkbox"/> | <b>intubacja</b>        | <input type="checkbox"/> |
| BLOKADA PRZYKRĘGOWA   | <input type="checkbox"/> | <b>maska krtaniowa</b>  | <input type="checkbox"/> |
| ZEWNĄTRZOPONOWE, PP   | <input type="checkbox"/> | <b>maska twarzowa</b>   | <input type="checkbox"/> |
| MIEJSCOWE             | <input type="checkbox"/> | <b>inne uwagi:.....</b> |                          |
| BLOKADA NN OBWODOWYCH | <input type="checkbox"/> | .....                   |                          |
| SEDACJA               | <input type="checkbox"/> |                         |                          |