

ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII

Szpital wojewódzki w Opolu

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Ankieta anestezyjologiczna służy do zbierania informacji, na podstawie których możliwe będzie wybranie najbardziej korzystnego postępowania. Pan (i) współpraca przyczyni się do optymalnego przebiegu znieczulenia. Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. Podczas rozmowy z anestezyjologiem prosimy o stawianie pytań i podpisanie zgody na znieczulenie dopiero w jego obecności.

ASA

WAŻNE UWAGI:.....

.....

ALERGIE:.....

.....

Oddział/Sala

Nazwisko:.....Imię.....
Data urodzenia:.....Wzrost.....Waga.....
Zawód:.....BMI.....
Adres:.....

Rozpoznanie.....

Planowana operacja.....

WYPEŁNIA PACJENT:

Czy leczy się Pan(i) ostatnio? TAK NIE

Jeśli tak, to na jakie schorzenie?.....

Jakie leki obecnie Pan(i) przyjmuje?.....

Układ krążenia		<input type="checkbox"/> Nie choruję
<input type="checkbox"/> zawał serca, data.....	<input type="checkbox"/> duszności	
<input type="checkbox"/> choroba niedokrwienności serca	<input type="checkbox"/> wada serca	
<input type="checkbox"/> niewydolność serca	<input type="checkbox"/> zator	
<input type="checkbox"/> rozrusznik serca	<input type="checkbox"/> zapalenie żył	
<input type="checkbox"/> arytmia	<input type="checkbox"/> żylaki	
<input type="checkbox"/> nadciśnienie tętnicze	<input type="checkbox"/> złe ukrwienie kończyn	
<input type="checkbox"/> omdlenia/utrata przytomności	<input type="checkbox"/> miażdżyca	
Uwagi:		
Układ oddechowy		<input type="checkbox"/> Nie choruję
<input type="checkbox"/> astma	<input type="checkbox"/> gruźlica	
<input type="checkbox"/> przewlekłe zapalenie oskrzeli (POChP)	<input type="checkbox"/> zapalenie płuc, data.....	
<input type="checkbox"/> włóknienie płuc	<input type="checkbox"/> zakażenie górnych dróg oddechowych (gardła, zatok)	
<input type="checkbox"/> odma	<input type="checkbox"/> inne, jakie?.....	
Uwagi:		
Układ nerwowy		<input type="checkbox"/> Nie choruję
<input type="checkbox"/> udar mózgu, data.....	<input type="checkbox"/> zaburzenia czucia, neuropatie	
<input type="checkbox"/> padaczka	<input type="checkbox"/> miastenia	
<input type="checkbox"/> choroba Parkinsona	<input type="checkbox"/> zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, mózgu	
<input type="checkbox"/> otępienie, demencja, choroba Alzheimera	<input type="checkbox"/> migrena	
<input type="checkbox"/> guz	<input type="checkbox"/> choroby psychiczne (depresja, nerwica, schizofrenia)	
<input type="checkbox"/> porażenie nerwów	<input type="checkbox"/> inne, jakie?.....	
Uwagi:		
Choroby przemiany materii/hormonalne		<input type="checkbox"/> Nie choruję
<input type="checkbox"/> cukrzyca	<input type="checkbox"/> leczenie insuliną	
<input type="checkbox"/> dna moczanowa	<input type="checkbox"/> choroby tarczycy, jakie?.....	
Uwagi:		
Nerki i układ moczowy		<input type="checkbox"/> Nie choruję
<input type="checkbox"/> niewydolność nerek	<input type="checkbox"/> dializoterapia	
<input type="checkbox"/> zapalenie nerek	<input type="checkbox"/> choroby prostaty	
<input type="checkbox"/> nietrzymanie moczu	<input type="checkbox"/> inne, jakie?.....	
Uwagi:		
Układ pokarmowy		<input type="checkbox"/> Nie choruję
<input type="checkbox"/> wrzody żołądka/dwunastnicy	<input type="checkbox"/> żółtaczkę	
<input type="checkbox"/> refluks	<input type="checkbox"/> wirusowe zapalenie wątroby	
<input type="checkbox"/> zapalenie jelit (choroba Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego)	<input type="checkbox"/>	
Uwagi:		
Inne choroby		<input type="checkbox"/> Nie choruję
<input type="checkbox"/> jaskra	<input type="checkbox"/> choroby stawów	
<input type="checkbox"/> choroby trzustki	<input type="checkbox"/> nadmierna skłonność do krwawień	
<input type="checkbox"/> choroby układu odpornościowego	<input type="checkbox"/> nadmierna skłonność do siniaków	
<input type="checkbox"/> bóle korzonkowe	<input type="checkbox"/> choroby krwi, jakie?.....	
<input type="checkbox"/> zmiany kręgosłupa	<input type="checkbox"/>	
Uwagi:		
Alergie	<input type="checkbox"/> Jestem w trakcie leczenia	<input type="checkbox"/> Nie choruję
<input type="checkbox"/> lateks	<input type="checkbox"/> jodyna	
<input type="checkbox"/> uczulenie na leki, jakie?.....	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> uczulenie na pokarmy, jakie?.....	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> inne, jakie?.....	<input type="checkbox"/>	
Uwagi:		

Użytki	
<input type="checkbox"/> papierosy	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE, ile?.....
<input type="checkbox"/> alkohol, ile?....., jak często?.....	
<input type="checkbox"/> inne	
Uwagi:	
Czy zażywa Pan(i) leki nasenne lub uspokajające?	
<input type="checkbox"/> TAK, jakie?.....	<input type="checkbox"/> NIE
Czy nosi Pan(i) protezy zębowe?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy nosi Pani(i) szkła kontaktowe?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy jest Pani w ciąży? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę?	

Przebyte zabiegi/znieczulenia					<input type="checkbox"/> Nie byłem/am operowany/a
Rok	Zabieg	Znieczulenie	Rok	Zabieg	Znieczulenie
Uwagi:					

Problemy w trakcie lub po znieczuleniu			<input type="checkbox"/> Nie wystąpiły
<input type="checkbox"/> Alergie:	<input type="checkbox"/> Trudności w intubacji	<input type="checkbox"/> Nudności/wymioty	
<input type="checkbox"/> Uszkodzenia układu nerwowego	<input type="checkbox"/> Trudności w budzeniu	<input type="checkbox"/> Bóle głowy	
Uwagi:			

Czy kiedykolwiek miał(a) Pan(i) transfuzję krwi?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Kiedy ostatni raz?		
Czy dobrze zniosł(a) Pani(i) transfuzję?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Czy uprawia Pan/Pani sport? (np. jazda na rowerze, bieganie, długie marsze)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy potrafi Pan/Pani wejść na pierwsze piętro bez odpoczynku?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy codzienne czynności (ubieranie się, mycie się, poruszanie się po domu) powodują duszności?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy odczuwa Pan/Pani duszności w spoczynku?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

WYPEŁNIA LEKARZ:

Ciśnienie tętnicze: Tętno:

Badanie układu krążenia:

Badanie układu oddechowego:

Uwagi:.....

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA / przedstawiciela ustawowego / NA ZNIECZULENIE

Poświadczam własnoręcznym podpisem, że lekarz anestezjolog przeprowadził ze mną rozmowę przedoperacyjną. Zostałem/am dokładnie poinformowany/a o proponowanym sposobie znieczulenia oraz potencjalnym ryzyku wynikającym z mojego stanu zdrowia. Mogłem/am zadać wszystkie pytania dotyczące sposobu znieczulenia, ryzyka związanego z jego zastosowaniem i ewentualnych powikłań.

Nie mam więcej pytań, czuję się dostatecznie poinformowany/a. Po gruntownym przemyśleniu, w pełni świadomie zgadzam się na proponowane mi znieczulenie: ogólne regionalne.

Oświadczam także w pełni świadomie, że zgadzam się na towarzyszące operacji postępowanie, w szczególności infuzję płynów, transfuzje krwi obcej i własnej, podawanie niezbędnych leków w czasie i po operacji. Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenia postępowania anestetycznego, w tym na zmianę rodzaju i zakresu znieczulenia, kaniulację naczyń centralnych i tętniczych, resuscytację krążeniowo-oddechową oraz w razie konieczności na hospitalizację w OAIIT.

Nie ukryłem/am żadnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, przyjmowanych dotychczas leków, innych środków (takich jak np. suplementy diety, narkotyki), wyniki badań oraz przebiegu dotychczasowego leczenia. Jestem świadomy/a wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych.


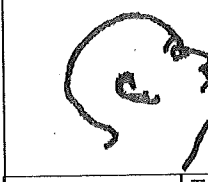
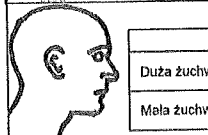
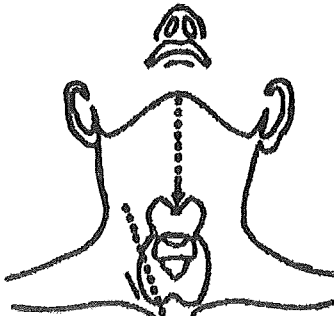
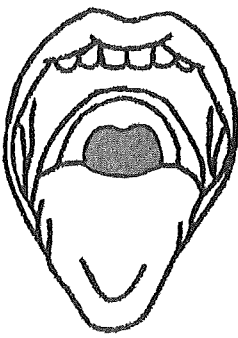
Uwagi pacjenta:

Pieczętka i podpis lekarza anestezjologa

czytelny podpis

pacjenta, przedstawiciela ustawowego

Podpisanie zgody nie jest możliwe z powodu

																																																								
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><th></th><th>Tak</th><th>Nie</th></tr> <tr><td>Ograniczone przygięcie głowy</td><td></td><td></td></tr> </table>		Tak	Nie	Ograniczone przygięcie głowy			<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><th></th><th>Tak</th><th>Nie</th></tr> <tr><td>Ograniczone odgięcie głowy</td><td></td><td></td></tr> </table>		Tak	Nie	Ograniczone odgięcie głowy			<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><th></th><th>Tak</th><th>Nie</th></tr> <tr><td>Duża zuchwa</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Mala zuchwa</td><td></td><td></td></tr> </table>		Tak	Nie	Duża zuchwa			Mala zuchwa			<p>Skala Mallampati</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td></tr> </table>	1		2		3		4																									
	Tak	Nie																																																						
Ograniczone przygięcie głowy																																																								
	Tak	Nie																																																						
Ograniczone odgięcie głowy																																																								
	Tak	Nie																																																						
Duża zuchwa																																																								
Mala zuchwa																																																								
1																																																								
2																																																								
3																																																								
4																																																								
																																																								
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><th></th><th>Nie</th><th>Tak</th></tr> <tr><td>Niedrożne przewody nosowe</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Wąski kąt podbródkowy</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Obrzęk pod brodą</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Odległość bródka- więcej chrząstki tarczowej < 6 cm</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Przemieszczenie tchawicy</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Obrzęk szyi</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Blizny na szyi</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Antesternal mass</td><td></td><td></td></tr> </table>		Nie	Tak	Niedrożne przewody nosowe			Wąski kąt podbródkowy			Obrzęk pod brodą			Odległość bródka- więcej chrząstki tarczowej < 6 cm			Przemieszczenie tchawicy			Obrzęk szyi			Blizny na szyi			Antesternal mass			<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><th></th><th>Nie</th><th>Tak</th></tr> <tr><td>Ograniczone otwarcie ust < 3 cm</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Większa szpara ust</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Mala jama ustna</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Źle widoczne łuki podniebienne</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Duży język</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Rozszczep podniebienia (wargi)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Długie zęby</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Ruszkające się zęby</td><td></td><td></td></tr> </table>		Nie	Tak	Ograniczone otwarcie ust < 3 cm			Większa szpara ust			Mala jama ustna			Źle widoczne łuki podniebienne			Duży język			Rozszczep podniebienia (wargi)			Długie zęby			Ruszkające się zęby		
	Nie	Tak																																																						
Niedrożne przewody nosowe																																																								
Wąski kąt podbródkowy																																																								
Obrzęk pod brodą																																																								
Odległość bródka- więcej chrząstki tarczowej < 6 cm																																																								
Przemieszczenie tchawicy																																																								
Obrzęk szyi																																																								
Blizny na szyi																																																								
Antesternal mass																																																								
	Nie	Tak																																																						
Ograniczone otwarcie ust < 3 cm																																																								
Większa szpara ust																																																								
Mala jama ustna																																																								
Źle widoczne łuki podniebienne																																																								
Duży język																																																								
Rozszczep podniebienia (wargi)																																																								
Długie zęby																																																								
Ruszkające się zęby																																																								

Tryb zabiegu:

planowany

przyśpieszony

pilny

natychmiastowy