Szpital Wojewódzki
w Opolu Sp. Z O.O.

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

ZABIEG JEDNODNIOWY

Załącznik nr 5B do Procedury QP-OP/2-3, Okołooperacyjna opieka nad pacjentem operowanym, wyd. IV

Data:	

Tryb zabiegu (wypełnia lekarz)			
Planowy		Pilny	
Przyśpieszony		Natychmiastowy	

Uczulenia / nietolerancja	**ASA**

Informacje podstawowe

IMIĘ:		Wzrost (cm)	
NAZWISKO:		Waga (kg)	
Data urodzenia:		Wiek	
PESEL:		BMI	
ROZPOZNANIE:			
ZABIEG:		L / Strona / P	

!!! UWAGA !!!

WYPEŁNIA PACJENT **PRZED** ROZMOWĄ Z LEKARZEM:

Choroby przewlekłe:
1.
2.
3.
4.
5.
6.

Leki stosowane przewlekle oraz doraźnie:	

Karencja żywieniowa (w dniu zabiegu)

Ostatni posiłek **stały** przyjąłem/am o godzinie:

Ostatni posiłek **płynny** przyjąłem/am o godzinie:

PODPIS PACJENTA
(PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO)

UWAGI - (wypełnia lekarz - opcjonalnie)

Hgb (g/dl)	**Hct** (%)	**Plt** (10^3/uL)	**Glikemia** (mg/dl)
Na+ (mmol/l)	**K+** (mmol/l)	**APTT** (s)	**INR**

Choroby układu krążenia

NAJCZĘSTSZE:

- ☐ Nadciśnienie tętnicze
- ☐ Zaburzenia rytmu serca
  - ☐ Migotanie przedsionków
- ☐ Choroba wieńcowa
- ☐ Zawał serca
  - ☐ Stenty
  - ☐ By-pass
- ☐ Niewydolność serca
- ☐ Wady zastawkowe
  - ☐ Stenoza aortalna
  - ☐ Sztuczna zastawka

Jak ocenia Pan/Pani swoją kondycję ?

BEZ OGRANICZEŃ ☐
wysiłek fizyczny nie powoduje większego zmęczenia, duszności ani kołatania serca

NIEWIELKIE OGRANICZENIE ☐
bez dolegliwości w spoczynku ale zwykła aktywność powoduje zmęczenie kołatanie serca lub duszność

ZNACZNE OGRANICZENIE ☐
bez dolegliwości w spoczynku ale niewielka aktywność fizyczna powoduje wystąpienie objawów

KRYTYCZNE OGRANICZENIE ☐
duszność, kołatanie serca występują nawet w spoczynku, a jakakolwiek aktywność nasila dolegliwości

- ☐ Stymulator serca
- ☐ Kardiowerter

Kiedy ostatnia kontrola? .....

- ☐ Zakrzepica żył głębokich
- ☐ Tętniak

INNE:

Choroby układu ODDECHOWEGO

- ☐ Astma
- ☐ POChP
  - ☐ Domowe leczenie tlenem
- ☐ Zapalenie płuc
- ☐ Chrapanie
- ☐ Bezdech senny
- ☐ Odma

INNE:

Choroby układu NERWOWEGO

- ☐ Udar mózgu
  - ☐ Niedokrwienny
  - ☐ Krwotoczny
- ☐ Padaczka
- ☐ Choroba Parkinsona
- ☐ Miastenia
- ☐ Miopatia

INNE:

Przebyte operacje

brak operacji w przeszłości ☐

Rodzaj zabiegu	Znieczulenie

Czy znieczuleniu towarzyszyły jakieś powikłania?

- ☐ Nie było powikłań
- ☐ Trudna intubacja
- ☐ Nudności / wymioty
- ☐ Trudności w budzeniu
- ☐ Objawy neurologiczne
- ☐ Bóle głowy
- ☐ Zgon bliskiej osoby w okresie okołooperacyjnym

Inne choroby

- ☐ Niewydolność nerek
  - ☐ Dializoterapia
- ☐ Choroby prostaty

- ☐ Marskość wątroby
- ☐ Niewydolność wątroby
- ☐ Żółtaczka
- ☐ Ostre zapalenie trzustki

- ☐ Cukrzyca
  - ☐ Leczona insuliną
- ☐ Choroby tarczycy
  - ☐ Niedoczynność
  - ☐ Nadczynność
- ☐ Wrzody żołądka
- ☐ Zaburzenia krzepnięcia
- ☐ Częste krwawienia z nosa
- ☐ Duże siniaki po małym urazie

Ciąża

Czy jest Pani, lub może być w ciąży?

☐ NIE ☐ TAK ☐ Nie dotyczy

Używki

- ☐ Papierosy
  - ☐ Nie palę
  - ☐ Sporadycznie
  - ☐ Regularnie
- ☐ Alkohol
  - ☐ Nie piję
  - ☐ Sporadycznie
  - ☐ Regularnie
- ☐ Inne, jakie?:

BADANIE PRZEDMIOTOWE
(WYPEŁNIA LEKARZ)

Stopień świadomości

- ☐ Przytomny
  - ☐ W kontakcie logicznym
  - ☐ Splątany / Demencja
  - ☐ Podsypiający
  - ☐ Bez kontaktu
  - ☐ Pobudzony
- ☐ Nieprzytomny
  - ☐ Sedacja
  - ☐ Reaguje na ból
  - ☐ Bez reakcji na bodźce

Stopień odżywienia

- ☐ W normie
- ☐ Kacheksja
- ☐ Otyłość
- ☐ Znaczny ubytek masy

Kolor skóry

- ☐ W normie
- ☐ Bladość
- ☐ Sinica
- ☐ Żółtaczka

Uwagi:

Układ krążenia

- ☐ Duszność
- ☐ Obrzęki obwodowe
- ☐ Zakrzepica żylna
- ☐ Szmer nad sercem

Uwagi:

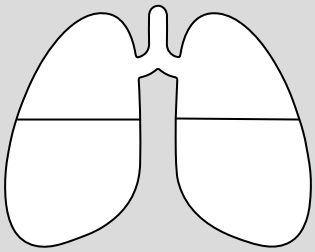
HR (bpm)

☐ ASM
☐ ASNM

BP (mmHg)

Układ oddechowy

☐ Szmer pęcherzykowy prawidłowy



1. ☐ Trzeszczenie
2. ☐ Świst
3. ☐ Furczenie
4. ☐ Rzężenie
5. ☐ Ściszenie szmeru
6. ☐ Brak szmeru

Inne

- ☐ Protezy zębowe
  - ☐ Górna
  - ☐ Dolna
- ☐ Aparat słuchowy
- ☐ Piercing

Uwagi:

Ocena możliwości wystąpienia trudności w intubacji

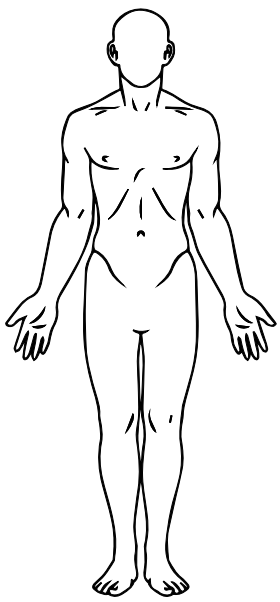
Słaba ruchomość głowy	TAK	NIE
Przemieszczenie tchawicy	TAK	NIE
Ograniczone otwarcie ust	TAK	NIE
Wąska szpara ust	TAK	NIE
Mała jama ustna	TAK	NIE
Mała żuchwa	TAK	NIE
Rozszczep podniebienia	TAK	NIE
Ruszające się zęby	TAK	NIE

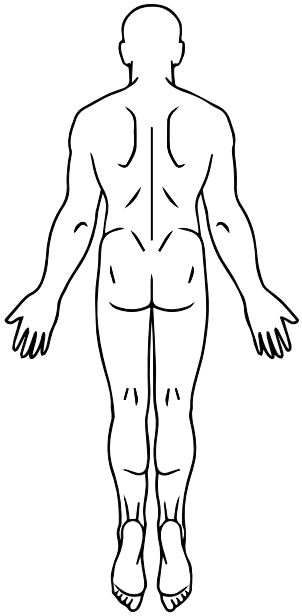
Uwagi:

Skala Mallampati

- ☐ Stopień I
- ☐ Stopień II
- ☐ Stopień III
- ☐ Stopień IV

Ocena neurologiczna





☐ Brak istotnych odchyleń

LEGENDA:

1.	Niedowład wiotki
2.	Niedowład spastyczny
3.	Parestezje
4.	Zaburzenia czucia
5.	Ból przewlekły

ŚWIADOMA ZGODA 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 powikłaniach. Nie mam więcej pytań, czuję się dostatecznie poinformowany/a.

Po gruntownym przemyśleniu, w pełni świadomie zgadzam się na proponowane mi znieczulenie:

☐ **Znieczulenie ogólne** ☐ **Znieczulenie regionalne / miejscowe**

Oświadczam także w pełni świadomy, że zgadzam się na towarzyszące operacji postępowanie, a w szczególności infuzje płynów, transfuzje krwi obcej i własnej, podawanie niezbędnych leków w czasie i po operacji. Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenia postępowania anestezjologicznego, w tym na zmianę rodzaju i zakresu znieczulenia.

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

PODPIS PACJENTA
(PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO)

Oświadczam, że zapoznałem/am się z dokumentem „**Informacje na temat znieczulenia**" stanowiącym załącznik do niniejszej ankiety (załącznik nr 4 do Procedury QP-OP/2-3, Okołooperacyjna opieka nad pacjentem operowanym, wydanie IV) oraz w pełni zrozumiałem/am jego treść

PODPIS PACJENTA
(PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO)

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o konieczności obecności dorosłego opiekuna, który odbierze mnie po wykonanym badaniu w analgosedacji i zapewni mi opiekę przez 24h po znieczuleniu. Rozumiem, że w okresie 24h po znieczuleniu nie wolno mi wykonywać czynności precyzyjnych, prowadzić pojazdów mechanicznych oraz podejmować jakichkolwiek innych życiowo ważnych decyzji

PODPIS PACJENTA
(PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO)

DATA	Podpis i pieczątka anestezjologa