

PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Zadaniem lekarza anestezjologa jest bezpieczne przeprowadzenie pacjenta przez zabieg operacyjny lub diagnostyczny. Na podstawie zebranych informacji wybiera on znieczulenie najbezpieczniejsze dla pacjenta i najlepsze do zaplanowanego zabiegu operacyjnego.

ODDZIAŁ

DATA ZABIEGU

IMIĘ I NAZWISKO

WIEK: WZROST: WAGA:

RODZAJ ZABIEGU:

1. Czy był/a Pan/i operowany/a?

TAK ☐

NIE ☐

Zabiegi

2. Czy dobrze zniósł/a Pan/i znieczulenie

TAK ☐

NIE ☐

3. Przebyte lub istniejące schorzenia

-astma

-POCHP

-rozdema

-zapalenie płuc

-cukrzyca

-nadczynność tarczycy

-niedoczynność tarczycy

-nadciśnienie tętnicze

-choroba wieńcowa

-zawał

-zaburzenia rytmu serca

-choroba wrzodowa

-zespół jelita drażliwego

-choroby układu kostno-stawowego

-A.O.

-żylaki kończyn

-udary

-niedowłady

-jaskra

-wady wzroku

Inne:

4. Uczulenia

5. Papierosy: TAK ☐

NIE ☐

6. Ostatnio przyjmowane leki:

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Dr przeprowadził/a ze mną 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 do w/w 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 na zmianę rodzaju znieczulenia).

.....

PODPIS PACJENTA

PREMEDYKACJA		DATA...../GODZINA.....
LEK	DAWKA	DROGA PODANIA

RODZAJ ZNIECZULENIA:

LEKI:

PODPIS PIELĘGNIARKI

PODPIS LEKARZA

PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Zadaniem lekarza anestezjologa jest bezpieczne przeprowadzenie pacjenta przez zabieg operacyjny lub diagnostyczny. Na podstawie zebranych informacji wybiera on znieczulenie najbezpieczniejsze dla pacjenta i najlepsze do zaplanowanego zabiegu operacyjnego.

ODDZIAŁ

DATA ZABIEGU

IMIĘ I NAZWISKO

WIEK: WZROST: WAGA:

RODZAJ ZABIEGU:

1. Czy był/a Pan/i operowany/a?

TAK ☐

NIE ☐

Zabiegi

2. Czy dobrze zniósł/a Pan/i znieczulenie

TAK ☐

NIE ☐

3. Przebyte lub istniejące schorzenia

-astma

-POCHP

-rozdema

-zapalenie płuc

-cukrzyca

-nadczynność tarczycy

-niedoczynność tarczycy

-nadciśnienie tętnicze

-choroba wieńcowa

-zawał

-zaburzenia rytmu serca

-choroba wrzodowa

-zespół jelita drażliwego

-choroby układu kostno-stawowego

-A.O.

-żylaki kończyn

-udary

-niedowłady

-jaskra

-wady wzroku

Inne:

4. Uczulenia

5. Papierosy: TAK ☐

NIE ☐

6. Ostatnio przyjmowane leki:

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Dr przeprowadził/a ze mną 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 do w/w 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 na zmianę rodzaju znieczulenia).

.....

PODPIS PACJENTA

PREMEDYKACJA		DATA...../GODZINA.....
LEK	DAWKA	DROGA PODANIA

RODZAJ ZNIECZULENIA:

LEKI:

PODPIS PIELĘGNIARKI

PODPIS LEKARZA

OCENA ANESTEZJOLOGICZNA
(wypełnia anestezjolog)

1. Kontakt logiczny - TAK ☐ NIE ☐
2. Układ krążenia wydolny TAK ☐ NIE ☐
- EKG:
3. Układ oddechowy wydolny TAK ☐ NIE ☐
- Rtg. Klatki piersiowej
4. Inne narządy
- Uwagi:
- ASA: : GRUPA KRWI: Rh.

OCENA ANESTEZJOLOGICZNA
(wypełnia anestezjolog)

1. Kontakt logiczny - TAK ☐ NIE ☐
2. Układ krążenia wydolny TAK ☐ NIE ☐
- EKG:
3. Układ oddechowy wydolny TAK ☐ NIE ☐
- Rtg. Klatki piersiowej
4. Inne narządy
- Uwagi:
- ASA: : GRUPA KRWI: Rh.

OCENA TRUDNOŚCI INTUBACJI		NIE	TAK
	NIE	TAK	
	OGRANICZONE PRZYGIĘCIE GŁOWY		
	NIE	TAK	
	OGRANICZONE ODGIĘCIE GŁOWY		
	NIE	TAK	
	DUŻA ZUCHWA		
	NIE	TAK	
	MAŁA ZUCHWA		
	NIE	TAK	
	WĄSKA SZPARA UST		
	NIE	TAK	
	MAŁA JAMA USTNA		
	NIE	TAK	
	ZŁE WDOCZNE ŁUKI PODNIEBIENNE		
	NIE	TAK	
	DUŻY JĘZYK		
	NIE	TAK	
	ROZSZCZEP PODNIEBIENIA (WARGI)		
	NIE	TAK	
	DŁUGIE ZĘBY		

Uwagi:

OCENA TRUDNOŚCI INTUBACJI		NIE	TAK
	NIE	TAK	
	OGRANICZONE PRZYGIĘCIE GŁOWY		
	NIE	TAK	
	OGRANICZONE ODGIĘCIE GŁOWY		
	NIE	TAK	
	DUŻA ZUCHWA		
	NIE	TAK	
	MAŁA ZUCHWA		
	NIE	TAK	
	WĄSKA SZPARA UST		
	NIE	TAK	
	MAŁA JAMA USTNA		
	NIE	TAK	
	ZŁE WDOCZNE ŁUKI PODNIEBIENNE		
	NIE	TAK	
	DUŻY JĘZYK		
	NIE	TAK	
	ROZSZCZEP PODNIEBIENIA (WARGI)		
	NIE	TAK	
	DŁUGIE ZĘBY		

Uwagi: