

PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Nazwisko.....Imię.....
Data urodzenia.....Wzrost.....Waga.....

Zadaniem anestezyjologa jest zapewnienie największego bezpieczeństwa i komfortu pacjentowi podczas zabiegów operacyjnych lub diagnostycznych. Prosimy o uważne przeczytanie informacji o rodzajach znieczulenia oraz wypełnienie ankiety, aby przez dokładne odpowiedzi na zadane pytania pomóc nam w bezpiecznym prowadzeniu znieczulenia.

Znieczulenie miejscowe

Znieczulenie miejscowe jest główną techniką znieczulenia wykorzystywaną do implantacji cewników do dializ. Polega na miejscowym ostrzyknięciu okolicy skóry, w której będzie identyfikowana żyła oraz wprowadzany cewnik. Samo nakłucie skóry jest w zasadzie bezbolesne ale wstrzykiwanie środka miejscowo znieczulającego może powodować uczucie rozpychania, pieczenia i szczypania.

Nie ma znieczulenia i zabiegu bez ryzyka.

Ciężkie, zagrażające życiu komplikacje podczas znieczulenia miejscowego zdarzają się niezwykle rzadko. Występują głównie w przypadku nadwrażliwości na leki znieczulenia miejscowego – głównie lignokainę. Bardzo prosimy o poinformowanie lekarza wykonującego zabieg o takiej możliwości.

Wskazówki dla pacjentów, którzy są przygotowani do zabiegu operacyjnego:

1. Powstrzymać się od jedzenia i picia na 2 godzin przed znieczuleniem (alkohol 24 godziny)
2. Zapewnić sobie opiekę osoby dorosłej przynajmniej przez 2 godz. po zabiegu
3. Powstrzymać się od prowadzenia jakichkolwiek pojazdów przez 2 godziny od znieczulenia
4. Jeśli wystąpią jakiegokolwiek zmiany w stanie zdrowia należy zgłosić o nich lekarzowi anestezyjologowi
5. W przypadku jakiegokolwiek wątpliwości w sprawie znieczulenia należy wyjaśnić je z lekarzem anestezyjologiem
6. Jeżeli lekarz anestezyjolog zalecił dodatkowe badania specjalistyczne (EKG, RTG, badania laboratoryjne lub inne) należy wyniki tych badań mieć przy sobie w dniu przyjęcia na zabieg

Ankieta przedoperacyjna służy zebrania informacji, na podstawie których możliwe będzie wybranie najbardziej korzystnego postępowania anestezyjologicznego. Pani/Pana współpraca przyczyni się do optymalnego przebiegu znieczulenia. Prosimy bardzo dokładnie odpowiedzieć na podane na odwrocie pytania. Wszystkie niejasności prosimy poruszyć podczas rozmowy z anestezyjologiem.

PROSZĘ PRZECZYTAĆ PONIŻSZE PYTANIA I ZAKREŚLIĆ STOSOWNĄ ODPOWIEDŹ

Czy był(a) już Pan(i) operowany(a). Kiedy? TAK NIE NIE WIEM

Rodzaj zabiegu:

Czy dobrze zniósł Pan(i) znieczulenie? TAK NIE NIE WIEM

Czy miał(a) Pan(i) już transfuzję krwi? Kiedy? TAK NIE NIE WIEM

Czy choruje lub chorował(-a) Pan(i) na:

- serce: zawał, choroba niedokrwienna, wada serca,	TAK	NIE	NIE WIEM
- krążenie: nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności,	TAK	NIE	NIE WIEM
- gruźlicę, rozedmę, pylicę, astmę, przewlekłe zapalenie oskrzeli,	TAK	NIE	NIE WIEM
- żołądek: choroba wrzodowa, zapalenie,	TAK	NIE	NIE WIEM
- wątroba: żółtaczka, stłuszczenie, marskość,	TAK	NIE	NIE WIEM
- zapalenie nerek, kamica, trudności w oddawaniu moczu,	TAK	NIE	NIE WIEM
- cukrzycę, dnę moczanową, porfirię,	TAK	NIE	NIE WIEM
- tarczycę: wole obojętne, nadczynność, niedoczynność,	TAK	NIE	NIE WIEM
- choroby oczu: jaskra,	TAK	NIE	NIE WIEM
- choroby nerwów: porażenie, drgawki, padaczka, udar,	TAK	NIE	NIE WIEM
- zmiany nastroju: depresja, nerwica,	TAK	NIE	NIE WIEM
- choroby kręgosłupa, zmiany w stawach, osłabienie mięśni,	TAK	NIE	NIE WIEM
- choroby krwi: skłonności do krwawień, siniaków,	TAK	NIE	NIE WIEM
- uczulenia: leki, plaster, katar sienny, inne	TAK	NIE	NIE WIEM
Czy pije Pan(i) alkohol?	TAK	NIE	TAK, DUŻO
Czy jest Pani w ciąży?	TAK	NIE	
Czy posiada Pan(i) protezy zębowe wyjmowane	TAK	NIE	
Czy nosi Pan(i) szkła kontaktowe. Proteza oka	TAK	NIE	
Czy Pan(i) pali papierosy? Jeśli tak to ile:	TAK	NIE	
Czy używa Pan (i) środki nasenne? Jeśli tak to jakie:	TAK	NIE	
Inne schorzenia.....			
.....			
Jakie leki przyjmuje Pan(i) obecnie:			
.....			
Czy ma Pan(i) implantowane inne urządzenia medyczne np. ICD, stymulator serca , inne		TAK	NIE
Czy miał Pan(i) wykonywana już wcześniej kaniulacje dużych naczyń		TAK	NIE

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że przeczytałam/em informacje o znieczuleniu i zabiegu implantacji portu naczyniowego oraz, że podane powyżej informacje są zgodne z prawdą. W razie wystąpienia powikłań związanych z zatajeniem istotnych informacji nie będę rościł (a) pretensji.

.....
Czytelny podpis pacjenta

Uwagi lekarza anestezjologa dotyczące przebiegu rozmowy wyjaśniającej

.....
Podpis i pieczętka lekarza

ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU IMPLANTACJI PORTU

Oświadczam, że przeczytałam/em tekst zawarty w niniejszym formularzu i rozumiem treść w nim zawartą. Lekarz anestezjolog przeprowadził ze mną rozmowę wyjaśniającą problem znieczulenia i implantacji portu do zabiegu. W czasie tej rozmowy mogłam/em zadawać pytania o wszelkie interesujące mnie problemy dotyczące rodzaju znieczulenia, zabiegu i związanego z nim ryzyka oraz innych okoliczności przed i pooperacyjnych. Rozumiem na czym polega znieczulenie i zabieg jakiemu będę poddawana/y. Nie mam więcej pytań. Proszę o wykonanie u mnie znieczulenia i zabiegu implantacji portu.

.....
Czytelny podpis pacjenta

Jednocześnie wyrażam zgodę na następujące czynności/ zabiegi dodatkowe (właściwe podkreślić)

- kaniulację dużych naczyń
- kaniulację tętnic
- przetoczenie krwi i preparatów krwiozastępczych

Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego, w tym zmianę rodzaju i zakresu znieczulenia i zabiegu implantacji portu naczyniowego.

.....
Czytelny podpis pacjenta

Data.....

Podpis lekarza.....