



Szpital Pucki sp. z o. o.

Wypełnia pacjent **Ankieta anestezjologiczna** Data ____/____/____
Imię i nazwisko _____
Data urodzenia ____/____/____ PESEL _____
Rozpoznanie _____
Zabieg _____ Data Zabiegu ____/____/____

Ankieta służy do zebrania informacji potrzebnych do zakwalifikowania Ciebie do znieczulenia przez lekarza anestezjologa. W czasie rozmowy z lekarzem anestezjologiem będzie możliwość zadawania pytań i wyjaśnienie wątpliwości dotyczących znieczulenia. Rzetelne udzielenie odpowiedzi pozwoli anestezjologowi zaproponować Ci bezpieczne znieczulenie, komfortowe dla Ciebie, najbardziej korzystne i dostosowane do planowanego zabiegu.

PYTANIE	TAK	NIE	Opisz krótko problem zdrowotny
Czy leczysz się obecnie? Jeśli tak, to z powodu jakiej choroby?			
Czy przyjmujesz obecnie lub ostatnio jakieś leki? Jeśli tak, to kiedy i jakie?			
Czy byłeś operowany? Jeśli tak, to kiedy i dlaczego?			
Czy w czasie lub po znieczuleniu wystąpiły jakieś powikłania? Jeśli tak, to jakie?			
Czy w czasie lub po znieczuleniu wystąpiły u członka rodziny jakieś powikłania? Jeśli tak, to jakie?			
Czy byłeś leczony krwią?			
Choroby płuc (astma, POChP, gruźlica, zapalenie płuc, rozedma, pylica, przewlekłe zapalenie oskrzeli, bezdech senny, zatorowość płucna)?			
Choroby serca (wada, niedokrwienie, zawał, zapalenie, niedokrwienie, zaburzenia rytmu, stymulator)?			
Choroby krążenia (wysokie ciśnienie tętnicze, niskie, omdlenia, zmęczenie, duszności)?			
Choroby naczyń (żylaki, bóle łydek przy chodzeniu, złe ukrwienie kończyn, zapalenie żył)?			
Choroby żołądka (zapalenie, choroba wrzodowa, refluks)?			

Choroby wątroby (żółtaczką, zastój, stłuszczenie wątroby)?			
Choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamica nerkowa, niewydolność nerek, trudności w oddawaniu moczu, przerost prostaty)?			
Choroby przemiany materii (cukrzyca, dna)?			
Choroby tarczycy (wole obojętne, nadczynność, niedoczynność)?			
Choroby oczu (jaskra, szkła kontaktowe)?			
Choroby układu nerwowego (udar, niedowłady, porażenia, drgawki, padaczka, zaburzenie czucia)?			
Choroby układu szkieletowego (zmiany kręgosłupa, stawów)?			
Choroby krwi i układu krzepnięcia (np. skłonność do krwawień, dużych siniaków, podskórnych wylewów krwi przy małych urazach)?			
Uczulenia (katar sienny, wysypka, uczulenia na leki, plaster, jodynę). Jeżeli tak to jakie?			
Choroba lokomocyjna			
Inne schorzenia nie wymienione powyżej. Jakież?			
Czy nosisz protezy zębowe, mostki?			
Czy jesteś w ciąży?			
Czy palisz papierosy? Jeśli tak to ile?			
Czy pijesz alkohol (rzadko, niewiele, regularnie)?			
Czy zażywasz środki uspokajające lub nasenne?			

Wzrost	Waga
---------------	-------------

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie odpowiedzi są zgodne z prawdą i i nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia.

Data _____

Podpis pacjenta _____

Wypełnia anesteziolog

Badanie i wynik konsultacji anestezyjologicznej

Układ nerwowy	
Układ oddechowy	
Skala Mallampatiego	I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐
Ryzyko trudnej intubacji	
Układ krążenia	AS_____ RR_____
Uwagi	
ASA	I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐
Proponowane znieczulenie	Krótkie dożylnie ☐ Ogólne złożone ☐ Ogólne z maską krtaniową ☐ Ogólne wziewnie ☐ Podpajęczynówkowe ☐ Zewnątrzoponowe ☐ Odcinkowe dożylnie ☐ Blokada nerwów obwodowych ☐
Planowane procedury dodatkowe	Wklucie centralne ☐ Cewnik naczyniowy tętniczy ☐ Sonda żołądkowa ☐ Przetaczanie krwi i jej składników ☐

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią niniejszego formularza, w pełni ją zrozumiałem/am i akceptuję proponowany rodzaj znieczulenia. Zostałem/am również poinformowany/a o możliwych powikłaniach związanych ze znieczuleniem i jestem świadomy/a ryzyka ich wystąpienia.

2. Oświadczam, że miałem/am możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego znieczulenia i otrzymałem/am na nie wyczerpujące oraz w pełni dla mnie zrozumiałe odpowiedzi. Wyjaśnienia lekarza są dla mnie jasne i nie mam dalszych pytań. Zgadzam się także na uzasadnione zmiany w postępowaniu anestezyjologicznym, w tym na zmianę rodzaju znieczulenia.

3. Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, przebytych chorób, wykonanych badań, przyjmowanych leków ani nadwrażliwości/uczuleń na leki i inne substancje.

Podpis pacjenta

Data

Podpis anesteziologa

Kwalifikuję Panią/Pana _____

do znieczulenia : krótkie dożylnie/ ogólne / znieczulenia regionalnego, Blokada nerwów obwodowych

Premedykacja _____

Data _____

Podpis i pieczęć

Kwalifikuję warunkowo Panią/Pana _____

do znieczulenia : krótkie dożylnie/ znieczulenia ogólnego/ znieczulenia regionalnego, Blokada nerwów obwodowych

Do kwalifikacji wymagane jest

Data _____

Podpis i pieczęć

Nie kwalifikuję Pani/Pana _____

do znieczulenia ze względu _____

Data _____

Podpis i pieczęć