

TARCZYCA TAK NIE

Nadczynność TAK NIE
Niedoczynność TAK NIE
Wole(powiększenie) TAK NIE
Inne:.....

UKŁAD KOSTNY I STAWOWY TAK NIE

Choroby kości TAK NIE
Choroby stawów TAK NIE
Dyskopatie i inne choroby kręgosłupa TAK NIE
Zwichnięcia TAK NIE
Inne:.....

UKŁAD NERWOWY TAK NIE

Padaczka TAK NIE
Porażenia i niedowładny TAK NIE
Depresje TAK NIE
Nerwice TAK NIE
Bezsenność TAK NIE
Bóle głowy TAK NIE
Udar mózgu TAK NIE
Inne:.....

NARZĄD WZROKU TAK NIE

Zaćma TAK NIE
Jaskra TAK NIE
Soczewki kontaktowe TAK NIE
Odwarstwianie siatkówki TAK NIE
Wylewy krwawe do twardówki TAK NIE
Inne:.....

KREW I UKŁAD KRWIOTWÓRCZY TAK NIE

Zaburzenie krzepnięcia TAK NIE
Częste krwawienie z nosa TAK NIE
Skłonność do powstawania siniaków TAK NIE
Wybroczyny TAK NIE
Inne:.....

MIĘŚNIE TAK NIE

Oslabienie mięśni/miastenia TAK NIE
Bóle mięśni TAK NIE
Inne:.....

WYPEŁNIA LEKARZ ANESTEZJOLOG

SCHORZENIA WYMAGAJĄCE LECZENIA PRZED PLANOWANYM PRZYJĘCIEM DO SZPITALA

PROPONOWANE KONSULTACJE:

Brak modyfikacja leczenia nadciśnienia tętniczego modyfikacja leczenia cukrzycy

Kardiologiczna:
Pulmunologiczna:
Inne:

W badaniu fizykalnym TAK NIE
-bez odchyień normy TAK NIE
-odchylenia od normy TAK NIE
.....
.....

Chory został zakwalifikowany do znieczulenia w trybie planowym. Może być przyjęty do Szpitala do oddziału zabiegowego.

Chory nie kwalifikuje się do znieczulenia ogólnego z powodu:
.....
.....
.....

Data oraz pieczętka i podpis lekarza/...../201...r.

Dane Pacjenta:

Imię Nazwisko PESEL/data ur.....

Czy u najbliższych członków rodziny występowały choroby mięśni? TAK NIE
Jeśli tak to jakie?.....

CHOROBY ZAKAŻNE PRZEBYTE TAK NIE

WZW A/B/C TAK NIE
AIDS/ Nosicielstwo HIV TAK NIE

UCZULENIA TAK NIE

Katar sienny TAK NIE
Soja TAK NIE
Białko jaja TAK NIE
Leki (jakie?.....) TAK NIE
Sierść zwierząt, kurz TAK NIE
Jod TAK NIE
Przylepiec TAK NIE
Latex TAK NIE
Inne:.....

INNE CHOROBY TAK NIE

Jeśli TAK, to jakie?
.....
.....

ZABURZENIA SŁUCHU TAK NIE

Aparat słuchowy TAK NIE
Choroby ucha TAK NIE
Inne:.....

CHOROBY ZĘBÓW TAK NIE

Zęby ruchome TAK NIE
Protezy zębowe TAK NIE
Implanty TAK NIE

PALENIE TYTONIU TAK NIE

Jaki rodzaj tytoniu i w jakich ilościach Pan/ Pani pali?
.....
Od kiedy Pan/ Pani pali/ ile lat?
.....

SPOŻYWANIE ALKOHOLU TAK NIE

Rzadko TAK NIE
Regularnie TAK NIE
W małych ilościachml/tydz.



EUROKLINIKA Sp. z o.o.
43-300 Bielsko-Biała, ul. Żółkiewskiego 40
tel. 33/485 94 40
www.euroklinika.pl, rejestracja@euroklinika.pl
NIP: 937-23-00-743, REGON: 072312829
konto: Alior Bank S.A 23 2490 0005 0000 4520 6995 2513
um. NFZ 122/207778

ANKIETA KWALIFIKACYJNA

Nazwisko Imię (Wypełnia pacjent)

Data urodzenia wzrost waga

PESEL

Adres zamieszkania - Tel.
Kod pocztowy Miejscowość Ulica

Rodzaj zabiegu operacyjnego

Proponowane znieczulenie

Uwagi lekarza kwalifikującego

Uwagi anestezjologa
 (Wypełnia lekarz kwalifikujący do zabiegu)

 (Wypełnia anestezjolog)

W celu ustalenia terminu zabiegu Pacjent powinien dostarczyć do Izby Przyjęć Eurokliniki skierowanie do leczenia w odpowiednim oddziale, wydane przez lekarza (dotyczy zabiegów finansowanych przez NFZ).

Przed przyjęciem do Szpitala konieczne jest wykonanie zleconych badań i dostarczenie ich do Szpitala w dniu przyjęcia: grupy krwi i czynnik Rh, mofologia krwi, wskaźnik INR, czas kaolinowo-kefalinowy (APTT), EKG u pacjentów powyżej 45 r.ż lub inne badania wg zaleceń lekarskich.

INFORMACJE DLA PACJENTA

Zabiegi operacyjne i inne czynności lekarskie związane ze znacznym bólem bądź nieprzyjemnymi doznaniem mogą być wykonywane w znieczuleniu ogólnym (w "narkozie") w znieczuleniu przewodowym (regionalnym), które wykonuje lekarz anestezjolog lub w znieczuleniu miejscowym, które wykonuje najczęściej lekarz operujący lub anestezjolog. Jest on odpowiedzialny za prawidłowe przygotowanie pacjenta do zabiegu, a także za przeprowadzenie znieczulenia. Przed znieczuleniem jest zobowiązany do przeprowadzenia rozmowy wyjaśniającej, zebrania wywiadu dotyczącego stanu ogólnego pacjenta, przebytych schorzeń. W czasie trwania znieczulenia dba o prawidłowe funkcjonowanie istotnych dla życia układów: krążenia i oddechowego.

Znieczulenie ogólne, zwane popularnie narkozą, polega na uśpieniu, wyłączeniu bólu i niepożądanych odruchów u znieczulanego pacjenta. Jeśli zabieg trwa krótko (kilka, kilkanaście minut), do znieczulenia ogólnego zwykle wystarcza podanie leków dożylnie. Do długich zabiegów, a także niekiedy do krótkich konieczne jest zastosowanie intubacji tchawicy. Oznacza to założenie do tchawicy specjalnej rurki w celu zabezpieczenia dróg oddechowych pacjenta, umożliwi oddychanie oraz podawanie gazów znieczulających i tlenu. Przed założeniem rurki intubacyjnej pacjent otrzymuje dożylnie leki powodujące sen i zwióczenie mięśni w celu bezbolesnego wykonania powyższej czynności. W trakcie zabiegu pacjent otrzymuje leki usypiające i przeciwbólowe dożylnie lub w mieszaniu oddechowej, by stworzyć odpowiednie warunki do przeprowadzenia operacji.

Znieczulenie przewodowe (regionalne) polega na wyłączeniu czucia bólu w poszczególnych regionach ciała poprzez podanie leku znieczulającego miejscowo w okolicy nerwów przewodzących ból z obszarów ciała, w obrębie których wykonywany jest zabieg. Znieczulenie przewodowe jest w większości przypadków sposobem znieczulenia, które w najmniejszym stopniu obciąża organizm.

Możliwe jest wykonanie wielu rodzajów znieczulenia przewodowego. Najczęściej wykonuje się znieczulenie podpajęczynówkowe, zewnątrzoponowe, blokadę splotu ramiennego, blokady poszczególnych nerwów. Znieczulenie podpajęczynówkowe i zewnątrzoponowe wykonuje się do zabiegów głównie na kończynach dolnych, w obrębie krocza i dolnych partii brzucha. Znieczulenia te polegają na podaniu leku miejscowo znieczulającego w okolicę kręgosłupa.

Ból związany z nakłuciem towarzyszącym każdemu znieczuleniu przewodowemu jest niewielki, gdyż igły używane do tego celu z reguły są bardzo cienkie. Jeżeli do znieczulenia trzeba użyć grubszej igły, to miejsce nakłucia jest dodatkowo znieczulane miejscowo.

Sedacja - to podanie leku likwidującego stres związane z operacją. Pacjent staje się senny i uspokojony.

Często nie będzie pamiętał to, co się działo na sali operacyjnej.

Znieczulenie miejscowe znosi odczuwanie bólu tylko w określonych okolicach ciała, w miejscu wykonywanej operacji.

Polega ono na podaniu igłą leku miejscowo znieczulającego w pobliże nerwów przewodzących ból. Po pewnym czasie środek znieczulający przedostaje się do wnętrza nerwu, którym jest przewodzony ból z operowanej okolicy - nerw zostaje znieczulony. W rezultacie zostaje zahamowane przewodzenie bólu - mimo tego , że pacjent jest operowany, nie odczuwa bólu.

Wybór sposobu znieczulenia Każdy ze sposobów znieczulenia ma swoje zalety wady. Lekarz anestezjolog zaproponuje

Panu/i takie znieczulenie, które będzie najmniej obciążające dla organizmu i najlepiej dostosowane do planowanego zabiegu operacyjnego.

Ryzyko i powikłania Czynniki zwiększające ryzyko operacji, to: podeszły wiek, palenie papierosów, otyłość, słaba wydolność fizyczna organizmu, zły stan zdrowia (choroby przewlekłe, uszkodzenia narządowe)m infekcja. Ryzyko wzrasta także, jeżeli operacja jest długa, rozległa, bądź związana z dużą utratą krwi.

W dzisiejszych czasach znieczulenia są bardzo bezpieczne, powikłania zdarzają się bardzo rzadko, jednakże każde znieczulenie może pomimo dokładnych najwyższych starań może wiązać się z wystąpieniem działania niepożądanego lub powikłania. Odbycie konsultacji anestezyjologicznej oraz zastosowanie się do zaleceń pomoże Państwu wybrać optymalny sposób znieczulenia i zmniejszyć ryzyko powikłań . Oprócz powikłań występują również działania uboczne stosowanych leków i technik znieczulenia. Oto niektóre z nich: senność, dezorientacja, zawroty głowy, osłabienie, nudności, wymioty, ból (gardła, płców, miejsc wkłuć, mięśni), świąd skóry, trudność w oddaniu moczu, uczucie zimna, dreszcze, niepokój. Poinformowanie personelu o wystąpieniu w/w objawów pozwoli nam pomóc Państwu w poprawie samopoczucia.

Rzadkie powikłania to np. uszkodzenie wargi, języka, zębów, przejściowe uszkodzenie nerwów obwodowych, krwiak w miejscu wkłucia igły, infekcja w miejscu wkłucia igły, popunkcyjne bóle głowy, przemijający ból w okolicy kręgosłupa, zasłabnięcie, zaburzenia pamięci, zaostrzenie chorób przewlekłych. Poważne powikłania występują niezwykle rzadko. Podawane w literaturze medycznej możliwe poważne powikłania to między innymi: zgon, zawał serca, zatrzymanie krążenia krwi lub oddechu, udar mózgu, paraliż, trwałe uszkodzenie nerwów, oczu, silne reakcje uczuleniowe na podane leki (duszność, wstrząs, zatrzymanie krążenia).

Przed zabiegiem i znieczuleniem ogólnym lub przewodowym konieczne jest przestrzeganie następujących zaleceń:

- 1) Aby uniknąć niebezpieczeństwa zachłyśnięcia treścią pokarmową należy minimum **6 godzin przed zabiegiem nic nie jeść, a 4 godziny - nie pić.**
- 2) Należy wstrzymać się od palenia tytoniu, tak wcześnie jak to tylko możliwe.
- 3) Do kliniki należy przybyć na umówioną godzinę w towarzystwie odpowiedzialnej osoby dorosłej, która zapewni opiekę pacjentowi w drodze do domu i w ciągu 24 godzin po zabiegu w domu.
- 4) Po zabiegu konieczny jest transport samochodem do domu.
- 5) W dniu zabiegu, po znieczuleniu nie można prowadzić pojazdów, obsługiwać skomplikowanych urządzeń, podejmować ważnych życiowych decyzji.
- 6) W razie wystąpienia jakichkolwiek niepokojących objawów należy natychmiast zatelefonować do lekarza operującego, anestezjologa pod wskazany numer lub do kliniki.

Przestrzeganie powyższych zaleceń jest konieczne dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta

w trakcie znieczulenia i zabiegu operacyjnego.

Zgoda na znieczulenie

Ja, niżej podpisany(a) wyrażam zgodę na wykonanie u mnie/ mojego dziecka znieczulenia:

znieczulenia ogólnego	przewodowego podjąęczynówkowego	przewodowego zewnątrzoponowego	znieczulenia miejscowego/ sedację	innego
-----------------------	---------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	--------------

do zabiegu: *(rodzaj zabiegu, operacji)*

jak również towarzyszące temu postępowanie (infuzje, transfuzje, stosowanie potrzebnych leków) w czasie trwania oraz po zabiegu ■

Jednocześnie oświadczam, że miałem(am) nie skrupowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowego zabiegu i znieczulenia, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań oraz, że uzyskałem(am) zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi. Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na którą miałem(am) wystarczającą ilość czasu

Oświadczam iż zostałem(am) poinformowany(a) o konieczności podporządkowania się zaleceniom lekarskim i pielęgniarskim po zabiegu oraz opieki do 24 godzin po zabiegu przez pełnoletnią odpowiedzialną osobę i transportu do domu.

Oświadczam także, że nie zataiłem(am) żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych leków, będąc świadomym(a) wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych.

Oświadczam ponadto, że w ciągu ostatnich 6 godzin przed znieczuleniem nie przyjmowałem(am) żadnych pokarmów ani w ciągu ostatnich 4 godzin - płynów.

.....
data i czytelny podpis pacjenta

.....
data i czytelny podpis opiekuna prawnego

.....
data i podpis lekarza

Ankieta anestezyjologiczna - wypełnia pacjent

Proszę dokładnie przeczytać ankietę i odpowiedzieć na zawarte w niej pytania, właściwą odpowiedź zakreślić X

Ankieta dotyczy okresu całego życia.

Czy pozostaje Pan/Pani pod opieką lekarza specjalisty?

TAK NIE

- kardiologa
 neurologa
 pulmonologa
 innego(wymienić)

Czy zażywał Pan/Pani leki w ostatnich dniach lub tygodniach?

Jeśli TAK, proszę wymienić: TAK NIE

.....
.....
.....

Przebyte wcześniej operacje i pobyty w szpitalach

TAK NIE

Proszę podać rodzaj operacji i rok, w którym się odbyła:

.....
.....
.....

Czy wystąpiły powikłania w czasie poprzedniego znieczulenia (miejscowego, ogólnego)

TAK NIE

Jeśli tak, to jakie?

.....
.....

Czy coś szczególnego wydarzyło się w związku ze znieczuleniem u członków najbliższej rodziny?

TAK NIE

Jeśli tak, to co to było?

.....
.....

Czy przetaczano Panu/ Pani krew lub preparaty krwiotopodne?

TAK NIE

Czy wystąpiły jakieś powikłania w związku z przetaczaniem krwi lub preparatów krwiotopodnych?

TAK NIE

Jeśli TAK to jakie?

.....
.....

Dotyczy kobiet: Czy może być Pani aktualnie w ciąży?

TAK NIE

Czy stwierdzono u Pana/Pani wcześniej lub obecnie chorobę któregoś z podanych poniżej układów lub narządów?

UKŁAD SERCOWO-NACZYNIOWY TAK NIE

- Zaburzenie rytmu serca TAK NIE
Wada TAK NIE
Dusznicza TAK NIE
Zawał serca (rok) TAK NIE
Zapalenie mięśnia sercowego TAK NIE
Wysokie ciśnienie krwi TAK NIE
Niskie ciśnienie krwi TAK NIE
Duszność w czasie wchodzenia po schodach TAK NIE

Dane Pacjenta:

Imię Nazwisko PESEL/data ur.....

- Kurcze łydek TAK NIE
Zakrzepica krwi TAK NIE
Zaburzenia przepływu krwi TAK NIE
Stan po reanimacji TAK NIE
Inne:

WEWNĄTRZNACZYNIOWE TAK NIE

- Stent wewnątrznaczyniowy TAK NIE
Data założenia.....
Typ stentu.....
Embolizowany tętniak TAK NIE
Data embolizacji.....
Żyłaki TAK NIE
.....

UKŁAD ODDECHOWY TAK NIE

- Przewlekłe zapalenie oskrzeli TAK NIE
Asthma oskrzelowa TAK NIE
Zapalenie płuc TAK NIE
Gruźlica TAK NIE
Rozedma płuc TAK NIE
Inne:.....

WĄTROBA TAK NIE

- Żółtaczk mechaniczna TAK NIE
Żółtaczk zakaźna TAK NIE
Marskość wątroby TAK NIE
Stwardnienie wątroby TAK NIE
Stłuszczenie wątroby TAK NIE
Kamica pęcherzyka żółciowego TAK NIE
Inne:.....

NERKI TAK NIE

- Podwyższone wartości kreatyniny TAK NIE
Dializowanie TAK NIE
Zapalenie nerek TAK NIE
Kamica nerkowa TAK NIE
Infekcje dróg moczowych TAK NIE
Inne:.....

PRZEWÓD POKARMOWY TAK NIE

- Choroba wrzodowa TAK NIE
Zwężenia TAK NIE
Refluks przełykowy TAK NIE
Zapalenie jelit TAK NIE
Biegunki TAK NIE
Krwawienia TAK NIE
Inne:.....

TRZUSTKA TAK NIE

- Ostre zapalenie trzustki TAK NIE
Przewlekłe zapalenie trzustki TAK NIE
Inne:.....

PRZEMIANA MATERII TAK NIE

- Cukrzyca TAK NIE
Dna moczanowa TAK NIE
Otyłość TAK NIE
Porfiria TAK NIE
Inne:.....