

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Imię i nazwisko pacjenta		PESEL	
(WYPEŁNIA PACJENT LUB OPIEKUN PRAWNY PACJENTA) *zaznacz właściwe			
<p>Prosimy o dostarczenie kart wypisowych z pobytów szpitalnych (<i>wszystkich, nie tylko związanych z obecnym pobytem</i>) oraz ewentualnych zaświadczeń/konsultacji/opinii od lekarzy specjalistów, wyników badań laboratoryjnych i pracownianych (<i>EKG, ECHO, HOLTER, RTG, USG, CT, MRI</i>).</p> <p>Prosimy o wypełnienie poniższej ankiety przed rozmową z lekarzem anestezjologiem, zaznaczając TAK lub NIE. Prosimy o podanie dodatkowych szczegółów tam, gdzie to konieczne. Jeśli pytanie jest niejasne proszę wyjaśnić wątpliwości w trakcie rozmowy z lekarzem anestezjologiem.</p>			
Wzrost	cm	Masa ciała	kg
		BMI	
Uczulenia		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jakie:			
Czy leczy się Pan/Pani na jakieś schorzenia?		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Choroby serca (<i>zawał, zapalenie, zaburzenia rytmu, wady, niewydolność krążenia, rozrusznik serca, stymulator serca</i>) *		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Choroby krążenia (<i>nadciśnienie tętnicze, nadciśnienie płucne</i>) *		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Choroby naczyń (<i>żylaki, zapalenie żył, zakrzepica żył</i>) *		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Choroby układu oddechowego (<i>gruźlica, zapalenie płuc, rozedma, pylica, POChP, astma, zapalenie oskrzeli</i>) *		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Choroby układu pokarmowego (<i>choroba wrzodowa, żółtaczkę, marskość wątroby, SIBO, IBS</i>) *		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Choroby układu moczowego (<i>niewydolność nerek, kamica nerkowa, choroby pęcherza moczowego</i>) *		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Choroby układu endokrynnego (<i>cukrzyca t1, t2, insulinooporność, nadczynność, niedoczynność tarczycy, wole, ch.Hashimoto, dna moczanowa</i>) *		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Choroby oczu (<i>jaskra, zaćma</i>) *		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Choroby układu nerwowego (<i>udar mózgu, padaczka, drgawki, miastenia, schorzenia kręgosłupa, bóle głowy</i>) *		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Choroby psychiczne (<i>depresja, nerwica, schizofrenia, choroba afektywna dwubiegunowa, zaburzenia lękowe</i>) *		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
inne:			
Inne (<i>np. otyłość, anemia, zaburzenia krzepnięcia krwi, choroba nowotworowa</i>) *:			
Jeżeli przyjmuje Pan/Pani obecnie leki, proszę wymienić:			
Jeżeli zażywał/a Pan/Pani preparaty ziołowe, środki nasenne, uspakajające w ostatnim miesiącu, proszę wymienić:			

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Imię i nazwisko pacjenta		PESEL
<i>(WYPEŁNIA PACJENT LUB OPIEKUN PRAWNY PACJENTA)</i> <i>*zaznacz właściwe</i>		
Czy był/a Pan/Pani operowany/a?		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jakie to były operacje? (proszę podać rodzaj i rok operacji):		
Czy dobrze zniósł/zniosiła Pan/Pani znieczulenie?		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Ewentualne powikłania:		
Czy ktoś w rodzinie miał problemy ze znieczuleniem (np. reakcje alergiczne po środkach znieczulenia miejscowego, problemy ze znieczuleniem ogólnym np. hipertermia złośliwa)		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy był/a Pan/Pani hospitalizowany/a?		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Ile razy i z jakiego powodu?		
Czy miał/a Pan/Pani transfuzję krwi?		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Ewentualne powikłania:		
Czy jest Pani w ciąży?		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy nosi Pan/i protezy zębowe, implanty, kolczyki lub szkła kontaktowe?		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy pali Pan/i papierosy?	<input type="checkbox"/> TAK	Ile dziennie? Ile lat? <input type="checkbox"/> NIE
Czy pije Pan/i alkohol?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
UWAGI:		
<p>Oświadczam, że nie zataiłam/-em żadnych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia. Podane informacje są prawdziwe i kompletne. Informacje podane w przedoperacyjnej ankiecie anestezjologicznej potwierdzam własnoręcznym podpisem.</p>		
data	podpis pacjenta i/lub opiekuna prawnego	stopień pokrewieństwa
data	Pieczętka i podpis lekarza anestezjologa	

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE ZNIECZULENIA

IMIĘ, NAZWISKO

PESEL

INFORMACJA O ZNIECZULENIU

Z uwagi na konieczność przeprowadzenia u Pani/Pana operacji/zabiegu istnieje potrzeba wykonania znieczulenia. Lekarz anestezjolog zaproponuje Pani/Panu najkorzystniejszy rodzaj znieczulenia oraz przedstawi alternatywy.

Możliwe rodzaje znieczuleń:

1. **ZNIECZULENIE OGÓLNE** - stan niepamięci (amnezja), utraty świadomości (sen) oraz braku reakcji na bodziec bólowy uzyskany przy pomocy środków farmakologicznych podawanych dożylnie lub wziewnie.

W przypadku dużych zabiegów operacyjnych, aby zapewnić wydolny oddech podczas znieczulenia ogólnego do dróg oddechowych może być założona rurka intubacyjna lub maska krtaniowa. Oddech zastępczy prowadzony będzie przy użyciu respiratora. Rodzaje znieczulenia ogólnego:

- **Znieczulenie dożylne** - Leki anestetyczne podawane są bezpośrednio do krwiobiegu,
- **Znieczulenie wziewne** - Leki podawane są drogą oddechową, w formie gazów lub par,
- **Znieczulenie złożone** połączenie znieczulenia dożylnego i wziewnego jest to najczęstsza forma stosowana w praktyce klinicznej.

2. **ANALGOSEDACJA** - znajduje zastosowanie do niewielkich zabiegów chirurgicznych i bolesnych procedur. Jest to metoda postępowania anestezjologicznego polegająca na jednoczesnym podaniu dożylnie leków przeciwbólowych i uspokajających w celu zniesienia bólu i lęku.

3. **ZNIECZULENIE PODPAJĘCZYNÓWKOWE** - polega na podaniu leku miejscowo znieczulającego do przestrzeni podpajęczynówkowej odcinka lędźwiowego kręgosłupa, poniżej rdzenia kręgowego. Powoduje to zablokowanie przewodnictwa w nerwach rdzenia kręgowego oraz „zdrętwienie” dolnej połowy ciała. Czas trwania w zależności od zastosowanego leku waha się w granicach 2-4 godzin. Ponieważ blokada dotyczy także nerwów ruchowych, to w czasie trwania znieczulenia pacjent nie może poruszać nogami.

4. **ZNIECZULENIE ZEWNĄTRZOPONOWE** - ten rodzaj znieczulenia polega na podaniu dawki leku miejscowo znieczulającego do przestrzeni zewnątrzoponowej w odcinku lędźwiowym kręgosłupa. Lek znieczulający rozprzestrzenia się znacznie płycej niż w przypadku znieczulenia podpajęczynówkowego – nie przedostaje się do płynu mózgowo-rdzeniowego. Do przestrzeni zewnątrzoponowej wprowadza się cienki elastyczny cewnik, przez który podaje się lek znieczulający. Umożliwia to znieczulenie w trakcie operacji i leczenie bólu po operacji.

Czasami konieczne jest połączenie ze sobą kilku rodzajów znieczulenia.

Znieczulenie wykonuje oraz nadzoruje lekarz anestezjolog. Znieczulenie będzie wykonane w sali operacyjnej lub sali zabiegowej. Niezależnie od rodzaju znieczulenia nad Pani/Pana zdrowiem będzie czuwał zespół anestezjologiczny: lekarz anestezjolog i pielęgniarka anestezjologiczna.

W trakcie operacji monitorowane będą czynności życiowe pacjenta, w zakresie zależnym od rodzaju zabiegu i znieczulenia.

PRZYGOTOWANIE DO PROPONOWANEGO ZNIECZULENIA I OPERACJI

Przed wykonaniem znieczulenia i zabiegu operacyjnego, jeżeli lekarz nie zaleci inaczej, bardzo ważne jest:

➤ aby Pacjent był na czczo, co oznacza, że nie wolno spożywać pokarmów (również żucia gumy) przez co najmniej 6 godzin przed znieczuleniem i operacją. Picie wody jest dopuszczalne w ilości do 200 ml najpóźniej 2 godziny przed znieczuleniem i operacją. Niezastosowanie się do tych zaleceń może skutkować aspiracją treści pokarmowej i kwaśnego soku żołądkowego do płuc oraz grozić poważnymi powikłaniami;

➤ zabrania się palenia papierosów minimum 6 godzin przed operacją i zaleca się odstawienie nikotyny na 6 tygodni przed.

BEZWZGLĘDNIE PROSIMY POINFORMOWAĆ LEKARZA, JEŚLI POWYŻSZY REŻIM ZOSTAŁ PRZEZ PANIĄ / PANA ZŁAMANY.

➤ leki dotychczasowe należy przyjąć zgodnie z zaleceniem przedoperacyjnym lekarza anestezjologa,

➤ należy usunąć soczewki kontaktowe, ruchome protezy zębowe, biżuterię, makijaż oraz lakier do paznokci. Osoby niedosłyszące mogą pozostawić sobie aparat słuchowy.

Po wybudzeniu w sali operacyjnej zostanie Pani/Pan przewieziona/y do sali nadzoru pooperacyjnego, celem monitorowania parametrów życiowych i leczenia bólu pooperacyjnego. Natężenie bólu będzie oceniane i leczone adekwatnie do oceny w skali NRS (0-10).

Skala od 0 do 10 (0 oznacza brak bólu, 10 maksymalny ból jaki sobie można wyobrazić) Celem analgezji jest utrzymanie dolegliwości bólowych **poniżej 4 punktów**.

POSTĘPOWANIE PO ZNIECZULENIU I OPERACJI

Proszę pamiętać, że:

➤ nie należy prowadzić samochodu przez co najmniej 24 godziny po zakończeniu znieczulenia.

➤ nie należy obsługiwać skomplikowanych urządzeń przez co najmniej 24 godziny po zakończeniu znieczulenia

➤ nie powinno się podejmować ważnych decyzji w dniu zabiegu, ani w czasie kiedy podawane są Państwu leki, mogące wpływać na ocenę rzeczywistości (większość silnych leków przeciwbólowych i uspokajających, za wyjątkiem leków miejscowo znieczulających),

➤ nie wolno spożywać alkoholu przez co najmniej 24 godziny po zakończeniu znieczulenia.

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE ZNIECZULENIA

IMIĘ I NAZWISKO

PESEL

MOŻLIWE POWIKŁANIA I NASTĘPSTWA

Wykaz literatury źródłowej dotyczącej możliwych powikłań i następstw znajduje się na stronie internetowej Spółki, w zakładce Prawa Pacjenta.

Na każdym etapie znieczulenia ogólnego (wprowadzenie, podtrzymanie i wybudzenie) mogą zdarzyć się powikłania. Ryzyko ich wystąpienia zwiększa się wraz z wiekiem pacjentki/pacjenta (znacznie wzrasta po 80 roku życia), chorobami współistniejącymi (otyłość, nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, cukrzyca, choroby tarczycy, astma, niewydolność nerek), ciążą, czasem trwania zabiegu operacyjnego i pilnością operacji. Zabiegi w trybie pilnym oraz u pacjentek/ów z pełnym żołądkiem (czyli przed upływem 6 godzin od ostatniego posiłku) są obciążone większą możliwością powikłań.

POWIKŁANIA ZNIECZULENIA OGÓLNEGO

Najczęstsze powikłania to:

- nudności i wymioty pooperacyjne (20-30%),
- dreszcze pooperacyjne (20-30%),
- ból gardła (20-40%),
- ból mięśni (5-10%),
- ból głowy (1-15%),
- zatrzymanie moczu (5-15%),
- podanie leków poza żyłę (pęknięcie żyły podczas podawania leku lub złe wkłucie) – (1-5%).

Wymienione powyżej powikłania nie powodują trwałych następstw i występują wyłącznie w okresie pooperacyjnym;

Ponadto:

- uszkodzenie zębów, mechaniczne uszkodzenie warg, języka (do tej sytuacji może dojść podczas udrożnienia dróg oddechowych, np. intubacji) - (0,1-0,3%),
- uszkodzenie rogówki oka (0,1-0,3%).

Wśród rzadkich, ale bardzo poważnych powikłań należy wymienić:

- niezamierzony powrót świadomości w czasie trwania znieczulenia mogący być przyczyną wystąpienia zespołu stresu pourazowego (0,1-0,2%),
- niedotlenienie (0,1-1% u osób otyłych BMI>40 5-10%, wynikające ze skurczu krtani (0,5-1%), skurczu oskrzeli (0,2-0,5%), utrudnionej (1-8%) lub niemożliwej intubacji (0,05-0,35%), mogące spowodować nieodwracalne uszkodzenie mózgu (0,01-0,001%),
- zachłyśnięcie treścią żołądkową mogące powodować zapalenie i obrzęk płuc co stanowi bezpośrednie zagrożenie życia - (0,01-0,05%),
- niestabilność układu krążenia - nagły spadek lub wzrost ciśnienia tętniczego krwi, zaburzenia rytmu serca (1-5%),
- zatrzymanie krążenia i zgon (0,01%),
- niedokrwienie mięśnia serca lub zawał mięśnia serca (0,1-0,5% -pacjenci bez chorób serca, 2-5% pacjenci z chorobą wieńcową, cukrzyca, niewydolnością krążenia),
- zatorowość płucną: w zabiegach w miednicy 0,1-0,5% , onkologicznych u pacjentów obciążonych 1-2%,
- udar mózgu (0,1-0,3%),
- uszkodzenie krtani (<1%),
- uszkodzenie przełyku (0,01-0,03%),
- reakcje uczuleniowe na leki mogące prowadzić do wstrząsu anafilaktycznego (objawy to obrzęk śluzówek, zaburzenia oddychania, gwałtowny spadek ciśnienia tętniczego krwi) - (<1%),
- gorączkę złośliwą – jednostka chorobowa uwarunkowana genetycznie, powoduje stan bezpośredniego zagrożenia życia.

POWIKŁANIA ZNIECZULENIA REGIONALNEGO

Do rzadko występujących zaliczamy:

- niepełna analgeza- może się zdarzyć, że znieczulenie regionalne nie działa w pełni i wystąpi potrzeba zastosowania znieczulenia ogólnego, od 0,5-3% – dla znieczulenia podpajęczynówkowego do 5-15% przy znieczuleniu zewnątrzoponowym,
- zespół popunkcyjny (0,5-2%) - ból głowy nasilający się przy pionizacji, dolegliwości mogą utrzymywać się do kilku tygodni,
- przemijające powikłania neurologiczne w zakresie czucia, np. mrowienie w jednej nodze utrzymujące się do kilku tygodni (<1-3%),
- swędzenie skóry w czasie i po zabiegu (<5% do 20-60% przy stosowaniu opioidów, np. morfina, fentanyl),
- miejscowa tkliwość pleców w okolicy, gdzie wykonano znieczulenie, zwykle trwa kilka dni i ma niewielkie nasilenie (10-30%),
- czasowe zatrzymanie moczu (wymagające cewnikowania pęcherza moczowego od 5-30%).

Do poważnych powikłań, które występują bardzo rzadko (0,45 na 10 000 znieczuleń), zaliczamy:

- trwałe uszkodzenie rdzenia kręgowego, w tym niedowład kończyn dolnych z utratą kontroli czynności fizjologicznych jak oddawanie moczu i stolca (0,002- 0,00067%),
- trwałe uszkodzenie korzenia nerwowego (0,002-0,0005%),
- zapalenie opon mózgowych lub mózgu (0,002-0,0005%),
- krwaki podpajęczynówkowy wymagający leczenia neurochirurgicznego (<0,0005%),
- krwaki zewnątrzoponowy wymagający leczenia neurochirurgicznego (0,001-0,0005%),
- niewydolność oddechowa powodująca konieczność intubacji oraz stosowana sztucznej wentylacji (<0,01%),
- niewydolność krążenia (0,02-0,007%), zatrzymanie akcji serca (0,02-0,007%), zgon (0,001-0,0005%).

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE ZNIECZULENIA

IMIĘ, NAZWISKO

PESEL

OŚWIADCZENIE PACJENTKI/PACJENTA

- Podczas rozmowy z anestezjologiem podałam/em pełne i zgodne z prawdą informacje na temat mojego stanu zdrowia, istniejących lub przebytych chorobach, przyjmowanych lekach, przebytych operacjach i zabiegach oraz chorobach występujących w mojej rodzinie,
- Lekarz anestezjolog przeprowadził ze mną rozmowę, podczas której po zapoznaniu się z ogólnym stanem mojego zdrowia, uzyskaniu informacji w zakresie stosowanych przeze mnie leków, używek zaproponował mi rodzaj znieczulenia:

- Znieczulenie ogólne złożone
- Analgosedacja
- Znieczulenie podpajęczynówkowe
- Znieczulenie zewnątrzoponowe ciągłe
- Znieczulenie ogólne dożylnie
- Inne:

- W pełni zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem, w szczególności informacje o mogących wystąpić powikłaniach oraz o potencjalnym ryzyku związanym ze znieczuleniem

W moim przypadku ryzyko powikłań związanych ze znieczuleniem oceniono jako:

- Małe (<1%)
- Średnie (1-5%)
- Duże (>5%)

- W czasie konsultacji anestezjologicznej przedstawiono mi w sposób zrozumiały i wyczerpujący alternatywne sposoby znieczulenia umożliwiające przeprowadzenie zaplanowanej u mnie operacji, lekarz wyjaśnił mi również następstwa i rokowanie związane z niewyrażeniem zgody na proponowane postępowanie
- Lekarz wyjaśnił mi wszelkie wątpliwości, jakie miałam/em oraz miałam/em pełną możliwość zadawania pytań i czas na podjęcie decyzji. Rozumiem konieczność wykonania znieczulenia do planowanego u mnie zabiegu i rozumiem, że bez wykonania znieczulenia wykonanie zabiegu nie będzie możliwe.
- Rozumiem, że zaproponowany mi sposób znieczulenia wybrano kierując się aktualną wiedzą medyczną oraz biorąc pod uwagę aktualny stan mojego zdrowia i rodzaj planowanego zabiegu operacyjnego
- Rozumiem, że mogą zaistnieć powody medyczne, jak i techniczne, które mogą spowodować, że lekarz przeprowadzający znieczulenie będzie zobligowany do zmiany rodzaju znieczulenia zarówno przed udzielaniem świadczenia jak i w trakcie jego trwania, jak również do odstąpienia od znieczulenia. Rozumiem, że niekiedy przy zastosowaniu znieczuleń regionalnych efekt znieczulenia może być niewystarczający i może wystąpić konieczność zastosowania innego rodzaju znieczulenia, w tym znieczulenia ogólnego.
- Rozumiem, że w uzasadnionych przypadkach może wystąpić konieczność zastosowania dodatkowych interwencji w postaci wprowadzenia kaniuli do tętnicy i/lub do żyły głównej, cewnikowania pęcherza moczowego, przetoczenia preparatów krwi, kontynuacji wentylacji mechanicznej po operacji, działania reanimacyjno-resuscytacyjne, ewentualną hospitalizację i leczenie w Oddziale Intensywnej Terapii oraz transport do innej placówki medycznej.
- Oświadczam, że powyższy formularz ŚWIADOMEJ ZGODY przeczytałam/em, zrozumiałam/em i akceptuję. W obecności lekarza anestezjologa miałam/em możliwość zadawania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.

Wyrażam zgodę na proponowane znieczulenie

Nie wyrażam zgody na proponowane znieczulenie, zostałam w pełni poinformowana o konsekwencjach i ryzyku związanym z moją decyzją.

Przyczyny niezyskania pisemnej zgody:

.....
Data i podpis lekarza

.....
Data i podpis pacjentki/pacjenta/
przedstawiciela ustawowego