

# KARTA BADANIA ANESTEZJOLOGICZNEGO

Nazwisko i Imię pacjenta..... płeć: Kobieta  Mężczyzna

Nr PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Oddział:....., Nr książki głównej.....

.....

.....

Pieczętka Oddziału

**Proszę o konsultację anestezjologiczną w/w pacjenta (\* wypełnia lekarz oddziału zabiegowego):  
przygotowywanego do zabiegu operacyjnego :.....**

rodzaj zabiegu

**w trybie planowym //pilnym // ratującym życie (natychmiastowym), (\*niepotrzebne skreślić)**

.....  
(Pieczęć i podpis lekarza kierującego)

## PYTANIA DO PACJENTKI / PACJENTA:

*(informacje zawarte w niniejszym formularzu pozostają wyłącznie do wiadomości lekarza)*

Tak jak przy każdym postępowaniu lekarskim, również podczas znieczulenia możliwość wystąpienia powikłań wiąże się bezpośrednio z obciążeniami wynikającymi ze stanu zdrowia pacjenta oraz typem operacji. Ważny jest zwłaszcza rodzaj i ciężkość zasadniczej choroby, schorzenia przebyte uprzednio i towarzyszące obecnemu, stan ogólny, wiek - jak i nawyki. Oczekujemy odpowiedzi na przedstawione poniżej pytania pragnąc wykryć możliwe ryzyko i zadbać o maksymalne Państwa bezpieczeństwo. Pytań tych jest tak wiele, bowiem chcemy zapobiec nawet rzadkim i stosunkowo błahym zagrożeniom (np. uszkodzeniom zębów przy intubacji, podrażnieniom żył i strun głosowych, nudnościom i wymiotom). Jeśli przy udzielaniu odpowiedzi potrzebuje Pani/Pan pomocy i dodatkowych objaśnień, wystarczy zwrócić się o nie do anestezjologa.

Wywiad chorobowy (na pytania z wyborem tak/nie prosimy

odpowiadać zakreślając odpowiednie okienko)

Wiek.....lat / Wzrost.....cm /

Waga.....kg

Jeżeli tak, to proszę wymienić nazwy leków:

1. Zawód (uprawiany obecnie lub w przeszłości)

.....

.....

2. Czy ostatnio była Pani / był Pan leczona/y przez lekarza?

Tak

Nie

Jeśli tak, to z powodu jakich chorób?

.....

.....

.....

.....

.....

3. Czy jest Pani w ciąży?

Tak

Nie

4. Czy przed obecnym przyjściem do szpitala stosowała Pani / stosował Pan jakiegokolwiek leki?

Tak

Nie

Jeżeli tak, to proszę wymienić nazwy leków:

.....

.....

.....

.....

.....

5. Czy była Pani / był Pan już kiedyś operowana/y? '- Jeśli tak to z jakiego powodu?

a) .....w roku.....

b) .....w roku.....

c) .....w roku.....

d) .....w roku.....

Czy z powodu znieczulenia do tych zabiegów wydarzyło się coś szczególnego

Tak

Nie

Jeśli tak, to co?

.....

.....

.....

Czy u krewnych Pani/Pana wystąpiły kiedyś powikłania związane ze znieczuleniem?

Tak  Nie

Jeśli tak to jakie ?

.....

.....

Czy choruje Pani/Pan obecnie, bądź chorował/a na jedną z wymienionych poniżej chorób?

6. Choroby osłabienia mięśni

Tak  Nie

Czy u krewnych występowały lub występują choroby (osłabienie mięśni)

Tak  Nie

7. Choroby serca (np. przebyty zawał mięśnia sercowego, dusznica bolesna, choroba wieńcowa, wada serca, duszność podczas wchodzenia na schody, zapalenie mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu pracy serca)

Tak  Nie

8. Czy ma Pani/Pan nadciśnienie tętnicze?

Tak  Nie

Czy ma Pani/Pan wszczepiony rozrusznik serca?

Tak  Nie

9. Choroby naczyń krwionośnych (np. zaburzenia przepływu krwi, żylaki, zakrzepica)

Tak  Nie

Choroby płuc i dróg oddechowych (np. astma, gruźlica, pylica płuc, przewlekłe zapalenie oskrzeli)

Tak  Nie

10. Choroby wątroby (np. żółtaczką, marskość wątroby)

Tak  Nie

11. Choroby przewodu pokarmowego (np. choroba wrzodowa żołądka / dwunastnicy, przepuklina rozworu przełykowego)

Tak  Nie

12. Choroby nerek (np. zapalenie nerek, kamica nerkowa)

Tak  Nie

13. Zaburzenia przemiany materii (np. cukrzyca, nietolerancja fruktozy <nietolerancja owoców>, inne)

Tak  Nie

14. Choroby tarczycy (np. wole, nadczynność) Jeśli tak, to jakie?

Tak  Nie

15. Choroby oczu (np. jaskra)

Tak  Nie

16. Schorzenia nerwowe (np. padaczka, porażenia, niedowłady przypadki utraty przytomności)

Tak  Nie

17. Czy była Pani/ był Pan leczony z powodu zaburzeń psychicznych (np. depresji)

Tak  Nie

18. Choroby układu kostno-szkieletowego (np. uszkodzenia kręgosłupa, choroby stawów)

Tak  Nie

19. Choroby krwi lub choroby / wady układu krzepnięcia (np. anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużenie krwawienia po usunięciu zęba)

Tak  Nie

20. Czy kiedykolwiek przetaczano Pani / Panu krew?

Tak  Nie

Czy wystąpiły przy tym jakiegokolwiek powikłania?

Tak  Nie

Jeśli tak to jakie ?

.....

.....

21 - Uczulenia - alergie (np. katar sienny, nadwrażliwość na składniki pokarmów, leki, kosmetyki, przylepce)

Tak  Nie

Jeśli tak, to na jakie substancje?

.....

.....

Jakie są objawy uczulenia?

.....

.....

22. Czy choruje Pani / Pan na inną nie wymienioną powyżej chorobę?

Tak  Nie

<p>Nawyki</p> <p>23. Czy pali Pani/Pan tytoń?          Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></p> <p>24. Czy nadużywa Pani / Pan alkoholu?          Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></p> <p>25. Czy używa Pani / Pan aparatu słuchowego?          Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></p>	<p>26. Szczególne okoliczności (np. wypadki, nie wymienione powyżej choroby, trudne warunki pracy):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Stan uzębienia (wypełnia lekarz):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	---

**Proszę zapytać anestezjologa o wszystko, co interesuje Panią/ Pana w związku ze znieczuleniem.**

**Oświadczenie końcowe**

Anestezjolog, Pani/Pan ..... przeprowadził ze mną rozmowę podczas której wyjaśniono mi przebieg czekającego mnie znieczulenia. Zrozumiałam/em te wyjaśnienia, mogłam/em zadać pytania dotyczące wszystkich interesujących mnie problemów związanych ze znieczuleniem, w szczególności dotyczących sposobu znieczulenia, jego wad i zalet oraz ewentualnych zagrożeń z nim związanych.

Miałem możliwość zadania pytań i otrzymałem na nie wyczerpujące odpowiedzi.

Uwagi anestezjologa o przeprowadzonej rozmowie:

.....

.....

.....

**Wyrażam zgodę na to, by czekający mnie zabieg .....**  
 (proszę określić dokładnie rodzaj zabiegu)

przeprowadzony został w znieczuleniu

ogólnym  przewodowym

Zgadzam się ponadto na wszelkie niezbędne postępowanie anestezjologiczne poprzedzające znieczulenie i towarzyszącemu mu. Rozumiem również, że może być konieczna zmiana rodzaju znieczulenia wynikająca z sytuacji medycznej oraz przyjmuję do wiadomości, że może okazać się potrzeba transfuzji krwi w czasie trwania znieczulenia. Uwagi o ewentualnym braku zgody na pewne rodzaje postępowania medycznego

.....

.....

.....

data .....

.....  
 podpis lekarza anestezjologa

.....  
 podpis pacjenta (lub osoby  
 uprawnionej do opieki)

KONSULTACJA ANESTEZJOLOGICZNA

B. Kwalifikuję //kwalifikuję warunkowo // nie kwalifikuję wyżej wymienionego chorego do znieczulenia: ogólnego // przewodowego // przewodowego z sedacją // ogólnego i przewodowego, (\*niepotrzebne skreślić)

Data .....

.....  
(Pieczęć i podpis konsultującego anestezjologa)

**Uwagi: ASA - .....**

**C. ZALECENIA:**

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

D. REKONSULTACJA: Kwalifikuję // nie kwalifikuję wyżej wymienionego chorego do znieczulenia: ogólnego // przewodowego // przewodowego z sedacją // ogólnego i przewodowego, (\*niepotrzebne skreślić)

Data.....

.....  
(Pieczęć i podpis rekonsultującego anestezjologa)

**E. PREMEDYKACJA:**

na noc:.....

w dniu zabiegu:.....

.....  
(Pieczęć i podpis lekarza anestezjologa)