

PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Oddział.....

Nr ks. głównej.....

(wypełnia pacjent lub personel Oddziału)

Nazwisko.....	Imię.....	Wiek												
Data urodzenia.....	Waga	Wzrost												
Adres.....		PESEL												
.....	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>													
.....														

(wypełnia lekarz kierujący na zabieg)

Rozpoznanie:.....

Rodzaj i zakres zabiegu.....

(wypełnia pacjent lub opiekun)

1. Na jakie schorzenia się Pan/Pani leczy:.....

.....
.....

2. Proszę podać wszystkie leki jakie Pan/Pani zażywa w domu:

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

3. Czy obecnie lub w przeszłości leczył/a się Pan/Pani na:

- | | TAK | NIE |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Choroby układu krążenia, nadciśnienie, niewydolność krążenia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Serce: wadę serca, chorobę wieńcową, zawał serca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Choroby układu oddechowego, gruźlicę, POChP, astmę | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Choroby nerek, układu moczowego, niewydolność nerek, kamice, itp. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Choroby wątroby, niewydolność, żółtaczkę, kamice pęcherzyka żółciowego, marskość, zapalenie i inne. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Choroby układu pokarmowego: żołądek, jelita, chorobę wrzodową, zapalenie, itp. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Choroby uzębienia, chwiejące się zęby, zmiany zapalne w jamie ustnej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Choroby przemiany materii, endokrynologiczne: tarczyca, przysadka mózgowa, nadnercza, itp. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Cukrzyca: od kiedy..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leki:..... | | |

4. Choroby układu nerwowego TAK NIE

5. Czy jest Pani w ciąży TAK NIE

6. Czy w życiu przebył/a Pan /Pani operacje: TAK NIE

Jakie i kiedy

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

7. Czy wystąpiły problemy podczas znieczulenia przy poprzednich zabiegach? TAK NIE

8. Proszę podać stosowane używki, nałogi:

9. Proszę podać uczulenia na leki lub inne substancje

.....

Będąc świadoma/y, iż podanie niepełnych lub nieprawdziwych informacji odnośnie wyżej wskazanych danych może wiązać się z ryzykiem podjęcia niewłaściwego postępowania diagnostycznego i terapeutycznego oraz ujemnymi skutkami dla mojego zdrowia oświadczam, iż są one prawdziwe. Ponadto oświadczam, iż miałam/em możliwość zadawania lekarzowi dodatkowych pytań związanych z planowanym zabiegiem i zostałam/em wyczerpująco poinformowana/y o sposobie postępowania w trakcie znieczulenia, a także o wystąpieniu ewentualnych powikłań, wobec czego wyrażam zgodę na proponowany sposób znieczulenia do zabiegu.

.....
Data

.....
Podpis pacjenta

(Wypełnia anestezjolog)

SKALA MALLAMPATIEGO

Badanie jamy ustno-gardłowej, stojąc twarzą do pacjenta. Pacjent maksymalnie otwiera usta i wysuwa język na brodę (bez wydawania dźwięków):

I II III IV

SKALA NRS [NUMERYCZNA SKALA OCENY BÓLU]

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 - BRAK BÓLU
10 - NAJSILNIEJSZY WYOBRAŻALNY BÓL

KWALIFIKACJA ANESTEZJOLOGICZNA

Badanie układu krążenia

Badanie układu oddechowego

Ważne problemy:

UWAGI.....

.....

ZAKWALIFIKOWANY

NIEZAKWALIFIKOWANY

WARUNKI KWALIFIKACJI.....

.....

RYZYKO (ASA):.....Grupa krwi.....*Zamówiona krew.....ml, *Osocze.....ml.
**Zalecenia ogólne: LMWH w dawce profilaktycznej 12 godzin przed znieczuleniem, w dawce leczniczej 24 godziny. Odstawić doustne leki hipoglikemizujące najpóźniej w dniu zabiegu i pobrać cukier oraz jonogram w dniu zabiegu. Pacjent na czczo 6 godzin przed zabiegiem, dopuszczalna jest woda niegazowana do 100 ml na 2 godziny przed zabiegiem.

*Zalecenia anestezjologa

**W szczególnym okolicznościach można zmienić tryb postępowania i rodzaj znieczulenia.

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć lekarza anestezjologa

REKONSULTACJA:

.....

.....

.....

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć lekarza anestezjologa