****

**ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA**

**imię i nazwisko ..............................................................................................................................................**

**pesel ................................................................................................................................................................**

**Oddział ...........................................................................................................................................................**

**Rodzaj zabiegu operacyjnego ......................................................................................................................**

tryb zabiegu : **PLANOWY** \* **PILNY**\* **RATUJĄCY ŻYCIE**\*

(\* zaznaczyć właściwe)

Szanowna Pacjentko, Szanowny Pacjencie,

Przeprowadzenie zabiegu operacyjnego wymaga wyłączenia odczuwania bólu (znieczulenia).

Za wybór najbardziej odpowiedniej metody znieczulenia, jego przeprowadzenie oraz nadzór nad czynnością organizmu pacjenta podczas znieczulenia i operacji (m.in. nad krążeniem, oddychaniem) odpowiedzialny jest lekarz specjalista anestezjolog.

**PYTANIA DO PACJENTA**

Odpowiedzi na poniższe pytania pomogą wykryć możliwe ryzyko i zadbać o maksymalne Państwa bezpieczeństwo podczas znieczulenia.

**1.Czy leczy się Pan(i) stale lub w ciągu ostatnich kilku tygodni?** **Tak** □ **Nie** □

**2. Jeśli Tak, to z jakiego powodu** ................................................................................................................................

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

**3.Jakie leki Pan(i) przyjmuje na stałe** ……................................................................................................................

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

**Czy w ciągu ostatnich tygodni przyjmował(a) Pan(i) leki osłabiające krzepniecie krwi?** Jeśli tak, proszę wymienić jakie ...............................................................................................................................................................

**4.Czy był(a) Pan(i) operowana:** (Jeśli Tak, to proszę podać rok i rodzaj operacji) **Tak** □ **Nie** □

 Rok........... Operacja.....................................................................

Rok............ Operacja....................................................................

Rok............ Operacja....................................................................

Rok............ Operacja....................................................................

**5.Czy dobrze zniósł Pan(i) znieczulenie? (jeśli Nie, to jakie były dolegliwości) Tak** □ **Nie** □

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

**6.Czy miał(a) Pan(i) transfuzję krwi lub preparatów krwiopochodnych (osocze, płytki, czynniki krzepnięcia)? Tak** □ **Nie** □

Jeśli Tak, czy wystąpiły powikłania : ............................................................................................................................. ……………………………………………………………………………………………...…….................................

**CZY WYSTĘPUJĄ (WYSTĘPOWAŁY) U PANA(I) NASTĘPUJĄCE CHOROBY LUB OBJAWY?**

**7.Serce/Krążenie:**

- Nadciśnienie/ Niedociśnienie, Choroba wieńcowa, Zawał serca, Zaburzenia rytmu **Tak** □ **Nie** □

- Wada serca, Zapalenie mięśnia serca, Duszność, ból za mostkiem przy wysiłku

(np. przy wchodzeniu po schodach) **Tak** □ **Nie** □

**8.Naczynia krwionośne:**

Bóle łydek przy chodzeniu, żylaki, zapalenie żył /zakrzepica, owrzodzenie **Tak** □ **Nie** □

**9.Płuca/Drogi oddechowe:**

Zapalenie płuc / oskrzeli, Gruźlica, Astma, **Tak** □ **Nie** □

Odma opłucnowa, Rozedma, Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc, Nowotwór **Tak** □ **Nie** □

**10.Przewód pokarmowy:**

choroba wrzodowa, zwężenie odźwiernika, **Tak** □ **Nie** □

zgaga, choroba refleksowa, **Tak** □ **Nie** □

**11.Wątroba:**  zapalenie, żółtaczka, kamica dróg żółciowych/pęcherzyka, marskość wątroby **Tak** □ **Nie** □

**12.Nerki:** zapalenie, kamica, dializy **Tak** □ **Nie** □

**13.Choroby przemiany materii:** cukrzyca, dna moczanowa **Tak** □ **Nie** □

**14.Tarczyca**: wole, nadczynność, niedoczynność **Tak** □ **Nie** □

**15.Choroby nerwów/ psychiczne:** Padaczka, Porażenie, niedowład, depresja, częste bóle głowy, utrata przytomności **Tak** □ **Nie** □

**16.Oczy**:zaćma, jaskra, soczewki kontaktowe

**17.Układ kostno-stawowy**: zwyrodnienie, bóle kręgosłupa, dyskopatia **Tak** □  **Nie** □

**18.Krew:** zaburzenia krzepnięcia, skłonność do siniaków, krwawienia z nosa **Tak** □ **Nie** □

**19.Mięśnie:**osłabienie mięsni, miastenia, schorzenia mięśniowe ( także u krewnych) **Tak** □ **Nie** □

**20.Uczulenia** na pokarm, leki, plaster, Jod, katar sienny, **Tak** □ **Nie** □ **inne** .........................................................................................................................................................................................

**21.Inne choroby, urazy, przypadki zgonów w czasie operacji u krewnych(jakie?)**

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

**22.(do Pacjentek) Czy jest Pani w ciąży? Nie wiem** □ **Tak** □ **Nie** □

**23.Chwiejące się zęby, próchnica, paradontoza Tak** □ **Nie** □

Protezy, mosty, koronki **Tak** □ **Nie** □

**Stan uzębienia (wypełnia lekarz)**

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

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

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

 podpis i pieczątka

**24.Czy pali Pan(i) papierosy? Tak □ Nie □**

**Jeśli tak, jak dużo ...........................................dziennie.**

**Jeśli nie to od kied**y ......................................................

**OŚWIADCZENIE PACJENTA/OPIEKUNA-PRZEDSTAWICIELA PRAWNEGO**

□ Przeczytałem i zrozumiałem treść broszury wyjaśniającej.

□ Na pytania dotyczące mojego stanu zdrowia i przeszłości chorobowej odpowiedziałem zgodnie z moją najlepszą wiedzą. Zobowiązuję się do przestrzegania udzielonych zaleceń.

Dr: ....................................................................................... przeprowadził(-a) ze mną dzisiaj rozmowę wyjaśniającą problemy znieczulenia do operacji. Podczas tej rozmowy mogłem
w sposób nieskrępowany zapytać o wszystkie interesujące mnie problemy nt. znieczulenia

(możliwych do zastosowania metod, ich zalet i wad oraz związanego z tym ryzyka, przygotowania, przebiegu znieczulenia i okresu pooperacyjnego, koniecznych dodatkowych zabiegów jak transfuzje krwi, założenie cewników naczyniowych oraz na związane z nim

niezbędne postępowanie (kroplówki, transfuzje krwi i / preparatów krwiopochodnych, leczenie krążeniowe i oddechowe) podczas i po operacji. Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub poszerzenie postępowania anestezjoogicznego (także zmianę rodzaju znieczulenia) Nie mam więcej żadnych pytań. W pełni świadomy zrozumiałem wszystkie przekazane mi informacje.

**ZGODA NA ZNIECZULENIE**

**Niniejszym wyrażam zgodę na znieczulenie:**

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

 data czytelny podpis pacjenta

KONSULTACJA ANESTEZJOLOGICZNA

Na podstawie badania przedmiotowego, podmiotowego oraz badań dodatkowych pacjenta :

**KWALIFIKUJĘ NIE KWALIFIKUJĘ KWALIFIKUJĘ WARUNKWO**

do znieczulenia

**OGÓLNEGO PODPAJĘCZYNÓWKOWEGO KAŻDEGO**

\*zakreślić właściwe

**SKALA ASA** ..........................................

**ZALECENIA**

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

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

 Data pieczęć i podpis konsultującego anestezjologa

**REKONSULTACJA**

**KWALIFIKUJĘ NIE KWALIFIKUJĘ KWALIFIKUJĘ WARUNKWO**

do znieczulenia

**OGÓLNEGO PODPAJĘCZYNÓWKOWEGO KAŻDEGO**

**ZALECENIA**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

 data pieczęć i podpis konsultującego anestezjologa