

PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Oddział.....

Nr ks. głównej.....

(wypełnia pacjent lub personel Oddziału)

Nazwisko	Imię	Wiek												
Data urodzenia	Waga	Wzrost												
PESEL														
Adres	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>													
.....														
.....														

(wypełnia lekarz kierujący na badanie)

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 endokrynologiczne: tarczyca, przysadka mózgową, nadnercza, itp. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Cukrzyca: od kiedy..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leki:..... | | |

4. Choroby układu nerwowego

.....

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/opiekuna prawnego

(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