WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY
im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
ODDZIAŁ INTENSYWNEJ TERAPII I ANESTEZJOLOGII
20-718 Lublin, al. Kraśnicka 100,

ANESTEZIOLOGICZNA ANKIETA PRZEDOPERACYJNA

Imię i Nazwisko pacjenta: _____

PESEL: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Wypełnia pacjent, odpowiednie zakreślić

wiek: _____lat, wzrost: _____cm, ciężar ciała: _____kg

1. Czy ma Pani/Pan rozrusznik serca, implanty naczyniowe ? ☐ tak ☐ nie
2. Czy pali Pani/Pan papierosy ? ☐ tak ☐ nie
   od kiedy ? _____ ile dziennie_____
3. Czy pije Pani/Pan alkohol ? ☐ tak ☐ nie
   jak często? _____
4. Czy nosi Pani/Pan aparat słuchowy ? ☐ tak ☐ nie
5. Czy ma Pani/Pan protezę oka? ☐ tak ☐ nie
6. Czy nosi Pani/Pan protezę zębową ? ☐ tak ☐ nie
7. Czy ma Pani/Pan chwiejące się zęby ? ☐ tak ☐ nie
8 . Czy był/a Pani Pan już operowany/a ? ☐ tak ☐ nie
   Kiedy był/a Pani/Pan operowany/a i z jakiego powodu?

_____

_____

Jaki był rodzaj znieczulenia? _____

_____

9. Czy w trakcie przebytych operacji wydarzyło się coś szczególnego ☐ tak ☐ nie

_____

10. Czy u członków Pani/Pana rodziny wystąpiły podczas znieczulenia jakieś problemy?_____ ☐ tak ☐ nie

_____

11. Czy jest Pani w ciąży ? (*dotyczy kobiet w wieku rozrodczym*) ☐ tak ☐ nie
12. Czy zażywa Pani/Pan środki nasenne? ☐ tak ☐ nie
13. Czy jest Pani/Pan na coś uczulona/uczulony? ☐ tak ☐ nie
    No co ?_____

CZY LECZY SIĘ Pani/Pan Z POWODU CHOROBY

1. Serca; zawał mięśnie sercowego, choroba wieńcowa, wady serca,
   zapalenie mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu? ☐ tak ☐ nie
   Czy występują u Pana/Pani duszności, omdlenia ☐ tak ☐ nie
2. Naczyń i układy krążenia: nadciśnienie tętnicze, żylaki, obrzęki,
   zakrzep żył? ☐ tak ☐ nie

3 Płuc: astma, przewlekłe zapalenia oskrzeli, gruźlica, zapalnie płuc, rozedma ? ☐ tak ☐ nie

4. Wątroby: wirusowe zapalnie wątroby, żółtaczka, marskość ? ☐ tak ☐ nie

5. Nerek: zapalenie nerek, kamica nerkowa ? ☐ tak ☐ nie

6 Przewodu pokarmowego: choroba wrzodowa, zapalenie żołądka, zapalenie dwunastnicy? ☐tak ☐ nie

7. Tarczycy: wole, nadczynność, niedoczynność ? ☐ tak ☐ nie

8. Cukrzyca, dna moczanowa, porfiria ? ☐ tak ☐ nie

9. Neurologicznych: padaczka, niedowłady, udar, porażenie ☐ tak ☐ nie

10. Psychiczna: depresja, nerwica ☐ tak ☐ nie

11. Krzepnięcia krwi: skłonność do krwawienia, siniaków, krwawień z nosa?☐tak ☐ nie

12. Układu kostnego: uszkodzenia kręgosłupa, kończyn, stawów? ☐tak ☐ nie

13. Mięśni: osłabień mięsni ? ☐ tak ☐ nie

Czy istnieją choroby mięśni u członków najbliższej rodziny? ☐tak ☐ nie

14. Oczu: jaskra? ☐ tak ☐nie

15. Uczuleń : katar sienny, nadwrażliwość na pokarmy, lekki plastry, jodyna ? ☐tak ☐ nie

16. Wypadki komunikacyjne, urazy? ☐ tak ☐ nie

17. Innych chorób: _____

_____

_____

18. Czy przyjmuje Pani/Pan jakieś leki ? ☐ tak ☐ nie

Jeśli tak to jaki i ile ? _____

19. Zapoznałem/zapoznałam się z broszurą „Znieczulenie do zabiegu operacyjnego”

☐ tak ☐ nie

20. Jeżeli któreś pytanie z tej ankiety wydaje się dla Pani/Pana niejasne, proszę zapytać o nie Anestezjologa w czasie wizyty przedoperacyjnej .

Uwagi: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Data, godzina przeprowadzenia ankiety

_____

Czytelny podpis pacjenta
(pacjent składa podpis w obecności lekarza)

_____

Podpis i pieczątka lekarza anestezjologa

wypełnia lekarz

WYNIKI BADAŃ

1.Grupa krwi ……
2.HR …….
3.RR ……
4.Rtg klatki piersiowej:
……
……..
……..
……..
5.EKG / ECHO:
……
……
……
……
6. INR ……
7.HB …….
8.Ht ……..
9.Płytki ……..
10. Na …….
11. K …….
12.Cl …….

13. Premedykacja
wieczorem .....……..…
rano: ……..……

14. Dodatkowe zalecenia:……..……..
……
……
……

15.Inne: ……..…….
……
……
……

Data: …… ……..
podpis i pieczątka lekarza

ŚWIADOMA ZGODA NA ZNIECZULENIE

ODDZIAŁ INTENSYWNEJ TERAPII I ANESTEZJOLOGII
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego SP ZOZ im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego
Al. Kraśnicka 100, 20-718 Lublin

Imię i Nazwisko pacjenta ……..
PESEL ……...
Rodzaj znieczulenia : ogólne , przewodowe, miejscowe , inne ……
Ryzyko ASA …….
Rozpoznanie: ……..
Rodzaj operacji: …….
Operator: …….

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA ZNIECZULENIE

Poświadczam własnoręcznym podpisem, ze w dniu ……..
lekarz anestezjolog ……
przeprowadził ze mną rozmowę przedoperacyjną. Przed rozmową otrzymałem/am i przeczytałem/am broszurę „Znieczulenie do zabiegu operacyjnego – informacje dla pacjenta. Zostałem/am dokładnie poinformowany/a o proponowanym sposobie znieczulenia, potencjalnych ryzykach wynikających z mojego stanu zdrowia.

Mogłem /am zadać wszystkie pytania dotyczące sposobu znieczulenia, ryzyka związanego z jego zastosowaniem i ewentualnych powikłaniach.

Nie mam więcej pytań , czuję się dostatecznie poinformowany / a.

Po gruntownym przemyśleniu, w pełni świadomie zgadzam się na proponowane mi znieczulenie: ……..

Oświadczam także w pełni świadomie, że zgadzam się na towarzyszące operacji postępowanie w szczególności infuzje płynów, transfuzje krwi obcej i własnej, podawanie niezbędnych leków w czasie i po operacji. Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenia postępowania anestezjologicznego, w tym na zmianę rodzaju i zakresu znieczulenia.

Nie ukryłem / am żadnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, przyjmowanych dotychczas leków, wyników badań oraz przebiegu dotychczasowego leczenia. Jestem świadomy / s wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych.

Uwagi pacjenta: …….
……
…….

Data, godzina ……..….. Czytelny podpis pacjenta ……..

Podpis i pieczątka lekarza anestezjologa: ….……