

UWAGA LEKARZA O ROZMOWIE OBJAŚNIAJĄCEJ:

BADANIE FIZYKALNE
DZIECKA

WYNIKI BADAŃ LABORATORYJNYCH:

PREMEDYKACJA PO SPEŁNIENIU NASTĘPUJĄCYCH WYMAGAŃ:

Data	Godz.	Lek	Dawka	Droga	Kto podawał	Godz. podania

RODZICE (OPIEKUNOWIE) DZIECKA

1. Proszę bardzo dokładnie przeczytać tę stronę.
2. Jeżeli cokolwiek jest niezrozumiałego, lub jeżeli potrzebujesz dodatkowej informacji proszę zapytać lekarza.
3. Proszę sprawdzić, że znajdujące się na tej stronie informacje są prawidłowe. Jeżeli tak jest i zrozumiałeś(łaś) te informacje proszę podpisać formularz.
4. Zostałam (łem) poinformowana (y) o konieczności przeprowadzenia zabiegu u mego dziecka w znieczuleniu ogólnym i (lub regionalnym), ryzyku związanym ze znieczuleniem, trybem operacji oraz ze stanem dziecka. Zrozumiałam (łem) wszystkie zawarte w formularzu ankiecie informacje i nie mam wątpliwości i dalszych pytań do lekarza anestezjologa.
5. Oświadczam, że zgadzam się na to, aby przeprowadzony u mego dziecka zabieg został wykonany w znieczuleniu ogólnym lub/i regionalnym.
6. Zgoda ta obejmuje także przyzwolenie na czynności anestezjologiczne, jakie dla dobra dziecka mogą okazać się niezbędne w okresie okołoperacyjnym, w tym przetoczenie krwi i środków krwipochodnych, oddech zastępczy, cewnikowanie naczyń żylnych i tętniczych oraz wszystkie zabiegi ratujące życie.

PODPIS RODZICÓW (OPIEKUNÓW DZIECKA):

Nazwisko/Imię:

P-OM A

84

DATA:

SZPITAL:

PRZEDOPERACYJNA ANKIETA
ANESTEZJOLOGICZNA
DZIECI

Nazwisko:

Imię:

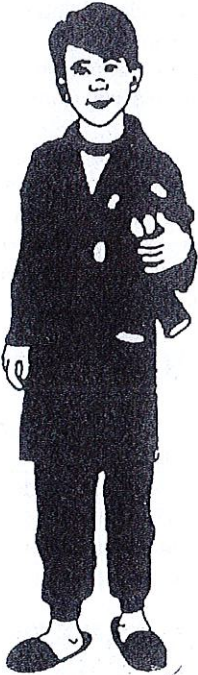
ta urodzenia: / /20

Wzrost: cm, Waga: kg, ASA:

Adres:

Znieczulenie ☐ do zabiegu ☐ do badania

Jakiego?



Drodzy Rodzice!

Ponieważ operacje i bolesne zabiegi diagnostyczne wykonywane są w znieczuleniu, zapewniając Waszemu Dziecku pełną bezbolesność, jesteśmy zmuszeni prosić Państwa o wyrażenie na niej świadomej zgody. Świadoma zgoda na wykonanie znieczulenia polega nie tylko na samym złożeniu podpisu, ale przede wszystkim na iadomym wyborze proponowanego Państwu przez lekarza anestezjologa rodzaju i metody znieczulenia Waszego Dziecka.

Kto wykonuje znieczulenie?

Za przeprowadzenie znieczulenia, jak również utrzymanie podstawowych funkcji życiowych pacjenta (szczególnie oddychania i pracy serca) odpowiedzialny jest lekarz anestezjolog, który posiada specjalistyczną wiedzę z zakresu znieczulania, reanimacji i intensywnej opieki medycznej. Współpracuje on z pielęgniarkami anestezjologicznymi oraz z lekarzem przeprowadzającym zabieg dbając o bezpieczeństwo i pełen komfort psychiczny pacjentów przed, w trakcie, jaki i po zabiegu. W czasie, gdy chirurg operuje, to właśnie anestezjolog odpowiada za życie operowanego pacjenta.

Co to jest znieczulenie?

Istnieją następujące rodzaje znieczulenia: 1. Znieczulenie ogólne, 2. Znieczulenie przewodowe, 3. Znieczulenie kombinowane będące połączeniem obu wymienionych wcześniej.

Znieczulenie ogólne-narkoza, jest to jeden ze sposobów, umożliwiających wykonanie operacji przez chirurgów i chroniących dziecko przed cierpieniem. Znosi ona świadomość i odczuwanie bólu w całym organizmie. Dziecko od początku do końca narkozy znajduje się w stanie przypominającym głęboki sen.

Znieczulenie poprzedzone jest podaniem leku uspokajającego. Po nim podaje się środek znieczulający. Kontynuacja znieczulenia polega na powtarzanych wstrzyknięciach leku do żyły (znieczulenie dożylnie) lub podawaniu do oddychania środka gazowego (znieczulenie wziewne).

W czasie znieczulenia wziewnego mieszanina gazów może być podawana do dróg oddechowych za pomocą maski przyłożonej do twarzy dziecka (znieczulenie za pomocą maski) lub przez rurkę intubacyjną (znieczulenie dotchawicze), która wprowadzana jest do tchawicy po zaśnieściu dziecka. Intubacja zapewnia wysoki stopień bezpieczeństwa przy sztucznym oddychaniu i chroni płuca przed następstwem wymiotów. Znieczulenie przewodowe – jest to jeden ze sposobów zapewnienia bezbolesności podczas zabiegu operacyjnego lub diagnostycznego, który polega na tym, że lek znieczulający podaje się w okolicy nerwów odpowiedzialnych za przewodzenie bólu, powodując zniesienie jego odczuwania w obrębie operowanej części ciała. Zastosowanie rodzaju i metody znieczulenia jest uzależnione od wielu czynników min.: od rodzaju zabiegu, istniejących wskazań lub przeciwwskazań, a także stanu zdrowia Waszego Dziecka. Zawsze wybieramy tę najlepszą i najbezpieczniejszą dla danego dziecka i zabiegu operacyjnego.

POWIKŁANIA ZNIECZULENIA

Nie istnieje całkowicie bezpieczna metoda znieczulania. Chociaż zagrażające życiu powikłania znieczulenia są obecnie bardzo rzadkie, nawet przy znacznych obciążeniach stanu zdrowia. Bez względu na czas trwania znieczulenia podejmuje się zawsze te same konieczne środki bezpieczeństwa.

PAŃSTWO TAKŻE MOŻECIE PRZYCZYNIĆ SIĘ DO ZMINIEJSZENIA RYZYKA ZWIĄZANEGO Z NARKOZA!

- Sześć godzin przed zabiegiem nie wolno naszym pacjentom jeść, aby zapobiec przypadkom przedostania się treści pokarmowej do dróg oddechowych. Niemowląt nie można karmić cztery godziny przed narkozą. Czyste płyny (wodę, herbatę w małej ilości) mogą dzieci pić do dwóch godzin przed zabiegiem.
- Prosimy nie przynosić Waszemu dziecku przed operacją jedzenia i picia, a także żadnych słodczy, owoców i gumy do żucia.

Podczas spotkania z anestezjologiem uzyskacie państwo niezbędne informacje i odpowiedź na nurtujące Was pytania. Na koniec zostaniecie Państwo poproszeni o podpisanie zgody na znieczulenie (tylko w obecności anestezjologa, który złoży swój podpis obok Waszego, na potwierdzenie przeprowadzenia rozmowy z Państwem).

Aby ułatwić wybór jak najlepszej metody znieczulenia Waszego dziecka proszeni jesteście Państwo o uważne wypełnienie poniższej ankiety. Znajdują się w niej pytania dotyczące aktualnego stanu zdrowia dziecka, jak i też jego przeszłości chorobowej, czyli wszystkie te problemy, które mogą mieć wpływ na zachowywanie się organizmu pacjenta w czasie zabiegu.

Proszę zakreślić krzyżykiem właściwą odpowiedź.

1. Czy Państwa dziecko było leczone w ciągu ostatnich 12 miesięcy

☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli tak, to z powodu jakiej choroby?
2. Czy Państwa dziecko było szczepione w ciągu ostatnich trzech miesięcy?

☐ TAK ☐ NIE
3. Czy Państwa dziecko zostało zaszczepione przeciwko żółtaczce zakaźnej?

☐ TAK ☐ NIE
4. Czy Państwa dziecko przyjmowało lekarstwa przed przyjęciem do szpitala?

☐ TAK ☐ NIE

Jakie?
5. Czy Państwa dziecko było już kiedyś operowane?

☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli tak, to kiedy i dlaczego?
- Czy obserwowano w czasie narkozy szczególnie reakcje?

☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli tak, to jakie?
- Czy u bliskich krewnych dziecka doszło w związku z narkozą do niewyjaśnionych powikłań?

☐ TAK ☐ NIE
6. Czy Państwa dziecko otrzymywało kiedyś transfuzję krwi?

☐ TAK ☐ NIE

Czy towarzyszyły temu komplikacje?

☐ TAK ☐ NIE
7. Czy u dziecka występują schorzenia mięśni lub osłabienie mięśni (miastenia)

☐ TAK ☐ NIE

Czy schorzenia takie występowały lub występują u bliskich krewnych dziecka?

☐ TAK ☐ NIE
8. Czy Państwa dziecko choruje prawidłowo?

☐ TAK ☐ NIE
9. Czy dziecko rozwija się prawidłowo?

☐ TAK ☐ NIE
10. Czy dziecko sinieje przy dużych wysiłkach?

☐ TAK ☐ NIE

Czy odczuwa duszność przy wysiłkach?

☐ TAK ☐ NIE

Czy dziecko ma wadę serca?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli tak, to jaką?

11. Czy dziecko często choruje na zapalenie oskrzeli?

☐ TAK ☐ NIE

Czy choruje na astmę?

☐ TAK ☐ NIE

Czy choruje na groźlicę?

☐ TAK ☐ NIE

Czy choruje na inne schorzenia płuc?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli tak, to jakie?
12. Czy dziecko przechodziło żółtaczkę (nie fizjologiczną)?

☐ TAK ☐ NIE

Czy ma wzmożoną skłonność do krwawień (np. częste krwotoki z nosa)?

☐ TAK ☐ NIE

Czy ma skłonność do tworzenia się rozległych siniaków?

☐ TAK ☐ NIE

Czy dziecko choruje lub chorowało na infekcje dróg moczowych (np. zapalenie pęcherza moczowego, odmiedniczkowe zapalenie nerek)?

☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli tak, to jakie?
14. Czy dziecko cierpi na choroby układu nerwowego?

☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli tak, to jakie?
- Czy u dziecka kiedykolwiek w czasie gorączki wystąpiły drgawki?

☐ TAK ☐ NIE

Czy u dziecka kiedykolwiek wystąpiły drgawki (niegorączkowe)?

☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli tak, to kiedy?
15. Czy dziecko cierpi na katar sienny?

☐ TAK ☐ NIE

Czy miało wysypki po lekach lub innych substancjach?

☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli tak, to jakich?

16. Czy dziecko choruje na:

a) cukrzycę

☐ TAK ☐ NIE

b) Inne schorzenia gruczołów wewnętrznego wydzielania

☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli tak, to jakie?
17. Czy dziecko ma chorobę oczu?

☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli tak, to jaką?
18. Czy dziecko ma uszkodzone zęby (ruszają się zęby, aparaty i protezy zębowe)?

☐ TAK ☐ NIE
19. Czy dziecko ma częste zapalenie migdałków (anginy)?

☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli tak, to kiedy ostatnio?
20. Czy dziecko cierpi na choroby uszu (np. częste zapalenia ucha środkowego)?

☐ TAK ☐ NIE


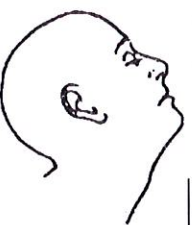


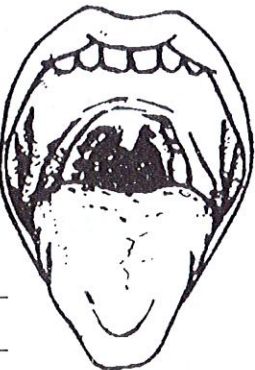
Jeżeli tak, to kiedy ostatnio?
21. Dodatkowe informacje (np. nie wymienione tutaj schorzenia poprzedzające chorobę i/lub kalectwo)
- Proszę poinformować pielęgniarki oddziałowe lub lekarza oddziałowego jeżeli chcą Państwo przeprowadzić z nami rozmowę wyjaśniającą problemy znieczulenia. Jesteśmy zawsze do Państwa dyspozycji.
- Proszę podpisać oświadczenie dopiero wtedy, gdy nie mają Państwo żadnych pytań i wątpliwości.
- Bardzo ważne!**
Po zabiegu w trybie ambulatoryjnym dziecko powinno pozostawać w domu pod Państwa opieką przez 24 godziny od czasu zakończenia zabiegu.

Temperatura: Ciśnienie tętnicze: / Tętno:
Badanie układu krążenia:
Badanie układu oddechowego:
Problemy specyficzne:
Badania laboratoryjne: Hb Ht Na K Cukier Płytki
Białko Kreatynina GOT GPT Protrombina PTT

UWAGI:

RYZYO ASA: Grupa krwi: Zamówiona krew ml, Osocze ml

OCENA TRUDNOŚCI INTUBACJI

	NIE	TAK		NIE	TAK
OGRANICZONE PRZYGIĘCIE GŁOWY					
	NIE	TAK			
OGRANICZONE ODGIĘCIE GŁOWY					
	DUŻA ŻUCHWA	MAŁA ŻUCHWA		NIE	TAK
				NIE	TAK
			NIEDROŻNE PRZEWODY NOSOWE		
			WĄSKI KĄT PODBRÓDKOWY		
			ODLEGŁOŚĆ BRÓDKA - WCIĘCIE CHRZĄSTKI TARCZOWEJ < 6 cm		
			OBRZEK POD BRODĄ		
			PRZEMIESZCZENIE TCHAWICY		
			OBRZĘKI SZYI		
			BLIZNY NA SZYI		
			ANTESTERNAL MASS		
				NIE	TAK
			OGRANICZONE OTWARCIE UST		
			WĄSKA SZPARA UST		
			MAŁA JAMA USTNA		
			ŹŁE WIDOCZNE ŁUKI PODNIEBIENNE		
			DUŻY JĘZYK		
			ROZSZCZEP PODNIEBIENIA (WARGI)		
			DŁUGIE ZĘBY		

PREMEDYKACJA (sprawdzić przed podaniem):

DATA	GODZ.	LEK	DAWKĄ	DROGA	KTO PODAŁ	GODZ.

Oddział Anestezjologii
i Intensywnej Terapii
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
we Wrocławiu

Data:

Oddział:

PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Zadaniem anestezjologa jest zapewnienie największego bezpieczeństwa i komfortu dla pacjenta podczas zabiegów operacyjnych lub diagnostycznych. Anestezjolog troszczy się o zniesienie bólu, przez podanie leków przeciwbólowych lub znieczulenie ogólne (uśpienie) pacjenta. Pewne zabiegi można przeprowadzić w znieczuleniu regionalnym (przewodowym) obejmującym tylko określoną część ciała. Znieczulenie takie tylko w niewielkim stopniu obciąża organizm. Wbrew obawom niektórych pacjentów znieczulenie regionalne okolicy kręgosłupa (nadoponowe, rdzeniowe) niezwykle rzadko powoduje uszkodzenie nerwów. Anestezjolog nadzoruje ponadto czynność organizmu (serca, płuc) podczas zabiegu i natychmiast leczy występujące powikłania.

Ankieta przedoperacyjna służy do zebrania informacji na podstawie których możliwe będzie wybranie najbardziej korzystnego postępowania anestezjologicznego. Pana(i) współpraca przyczyni się do optymalnego przebiegu znieczulenia. Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. Podczas rozmowy z anestezjologiem prosimy o stawianie pytań i podpisanie zgody na znieczulenie dopiero w jego obecności.

PRZYGOTOWAĆ:

ODDZIAŁ / SALA: /

Nazwisko Imię

Data urodzenia Wzrost Waga

Zawód

Adres

ROZPOZNANIE / ZABIEG

1. CZY LECZY SIĘ PAN(I) OSTATNIO? TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
2. JEŚLI TAK, TO NA JAKIE SCHORZENIE?
3. JAKIE LEKI OBECNIE PAN(I) PRZYJMUJE?
4. CZY BYŁ(A) PAN(I) JUŻ OPEROWANY(A)? TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
 A) W ROKU
 B) W ROKU
 C) W ROKU
 D) W ROKU
5. CZY DOBRZE ZNIÓŚŁ PAN(I) ZNIECZULENIE? TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
6. CZY MIAŁ(A) PAN(I) TRANSFUZJĘ KRWI? TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
 A) KIEDY?
 B) CZY DOBRZE ZNIÓŚŁ(A) PAN(I) TRANSFUZJĘ? TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
7. CHOROBY SERCA (ZAWAŁ, ZAPALENIE, NIEDOKRWIENIE M. SERCOWEGO, WADA) TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
8. CHOROBY KRAŻENIA (CIŚNIENIE KRWI WYSOKIE, NISKIE, OMDLENIE, ZMĘCZENIE, DUSZNOŚCI) TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
9. CHOROBY NACZYŃ (ŻYLAKI, BÓLE ŁYDEK PRZY CHODZENIU ZŁE UKRWIENIE KOŃCZYN, ZAPALENIE ŻYL) TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
10. CHOROBY PŁUC (GRUŻLICA, ZAPALENIE PŁUC, ROZEDMA, PYLICA) TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
11. CHOROBY DRÓG ODDECHOWYCH (ASTMA, PRZEWLEKŁE ZAPALENIE OSKRZELI) TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
12. CHOROBY ŻOŁĄDKA (ZAPALENIE, CHOROBA WRZODOWA) TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
13. CHOROBY WĄTROBY (ŻÓŁTACZKA, ZASTÓJ, STŁUSZCZENIE WĄTROBY) TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
14. CHOROBY UKŁADU MOCZOWEGO (ZAPALENIE NEREK, KAMIENIE NERKOWE, TRUDNOŚCI W ODDAWANIU MOCZU) TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
15. CHOROBY PRZEMIANY MATERII (CUKRZYCA, DNA) TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
16. CHOROBY TARCZYCY (WOLE OBOJĘTNE, NADCZYNNOŚĆ, NIEDOCZYNNOŚĆ) TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
17. CHOROBY OCZU (NP. JASKRA) TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
18. CHOROBY NERWÓW (PORAŻENIA, DRGAWKI, UDAR) TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
19. ZMIANY NASTROJU (NP. DEPRESJA, NERWICA) TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐

20. CHOROBY UKŁADU SZKIELETOWEGO (NP. BÓLE KORZONKOWE, ZMIANY KRĘGOSŁUPA, STAWÓW, OSŁABIENIE MIĘŚNI) TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
21. CHOROBY KRWI I UKŁADU KRZEPNIĘCIA (NP. SKŁONNOŚĆ DO KRWAWIEŃ, SINIAKÓW) TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
22. UCZULENIA (KATAR SIENNY, WYSYPKA, UCZULENIA NA POKARMY, LEKI, PLASTER, JODYNĘ) TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
23. INNE SCHORZENIA, NIE WYMIENIONE POWYŻEJ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
 JAKIE?
24. CZY JEST PANI W CIĄŻY? TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
25. KIEDY MIAŁA PANI OSTATNIĄ MIESIĄCZKĘ? NIE WIEM ☐
26. CZY NOSI PAN(I) PROTEZY ZĘBOWE LUB SZKŁA KONTAKTOWE? TAK ☐ NIE ☐
27. CZY PAN(I) PALI? TAK ☐ NIE ☐
 A) JEŚLI TAK TO ILE?
 B) OD KIEDY JUŻ NIE?
28. CZY PIJE PAN(I) ALKOHOL? NIE ☐ RZADKO ☐ NIEWIELE ☐ REGULARNIE ☐ REGULARNIE DUŻO ☐
29. CZY ZAŻYWA PAN(I) ŚRODKI USPOKAJAJĄCE LUB NASENNE? TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM ☐
 JAKIE?

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Dr PRZEPROWADZIŁ(A) ZE MNĄ DZISIAJ ROZMOWĘ WYJAŚNIAJĄCĄ PROBLEM ZNIECZULENIA DO OPERACJI. PODCZAS TEJ ROZMOWY MOGŁEM(AM) PYTAĆ O WSZYSTKIE INTERESUJĄCE MNIE PROBLEMY DOTYCZĄCE RODZAJU ZNIECZULENIA, ZWIĄZANEGO Z NIM RYZYKA ORAZ INNYCH OKOLICZNOŚCI PRZED I POOPERACYJNYCH, NIE MAM WIĘCEJ PYTAŃ.

ZGODA NA ZNIECZULENIE

NINIEJSZYM WYRAŻAM ZGODĘ NA ZNIECZULENIE OGÓLNE / REGIONALNE DO ZABIEGU
 JAK RÓWNIEŻ NA TOWARZYSZĄCE TEMU POSTĘPOWANIE (INFUZJE, TRANSFUZJE, LECZENIE KRAŻENIOWE, ODDECHOWE) W CZASIE I PO ZABIEGU. ZGADZAM SIĘ NA UZASADNIONE MEDYCZNIE ZMIANY LUB ROZSZERZENIE POSTĘPOWANIA ANESTEZJOLOGICZNEGO (W TYM ZMIANĘ RODZAJU ZNIECZULENIA).

.....
 PODPIS LEKARZA

.....
 PODPIS PACJENTA

UWAGI LEKARZA: