

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA (wypełnia Pacjent)

Imię I Nazwisko:.....

wiek:.....

PESEL:.....

WAGA:.....

WZROST:.....

Pouczenie:

Każda procedura medyczna może stanowić zagrożenie dla życia I zdrowia pacjenta. W celu bezpiecznego przeprowadzenia znieczulenia konieczne jest poznanie występujących u Pani/a obciążeń związanych z przeszłością chorobową I aktualnym stanem zdrowia.

Proszę o dokładne przeczytanie I udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania:

Czy w przeszłości lub obecnie leczył/a się Pan/i z powodu:	TAK	NIE
Chorób serca np.: zawał, choroba wieńcowa, zaburzenia rytmu, wady serca, inne:.....		
Nadciśnienia tętniczego		
Chorób układu oddechowego np.: astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli/krtani, gruźlica, inne:.....		
Chorób naczyń np.: żylaki, złe ukrwienie kończyn, bóle łydek, zapalenie żył, inne:.....		
Chorób układu nerwowego np.: udar mózgu, niedowład, padaczka, inne:.....		
Cukrzycy		
Chorób tarczycy, jeśli tak to jakie?:.....		
Chorób przewodu pokarmowego np.: choroba wrzodowa, zapalenie jelita grubego, inne:.....		
Chorób wątroby np.: marskość, żółtaczka, inne:.....		
Chorób układu moczowego np.: niewydolność nerek, trudności w oddawaniu moczu, inne:.....		
Chorób oczu np.: jaskra, inne:.....		
Chorób psychicznych np.: depresji, bezsenności, nerwicy, schizofrenii, inne:.....		
Chorób układu kostno-stawowego:.....		
Chorób krwi I układu krzepnięcia:.....		
Innych chorób nie wymienionych poniżej:.....		
Czy jest Pan/i uczulony/a na leki, jad, pokarmy, plaster, jodynę, inne środki chemiczne, lateks, inne:.....		
Jakie były objawy uczulenia:.....		
Czy nosi Pan/i protezy zębowe, protezy oka, szkła kontaktowe, inne:.....		
Czy jest Pani w ciąży?		
Czy pali Pan/i papierosy lub inne wyroby tytoniowe?		
Czy nadużywa Pan/i alkoholu lub innych używek?		
Czy była/a Pan/i znieczulany/a. Czy były problemy związane ze znieczuleniem		
Proszę wymienić wszystkie przyjmowane ostatnio leki:.....		
Uzupełnienie wywiadu/uwagi:.....		

Oświadczam, że nie zataiłam/em żadnych informacji o moim stanie zdrowia, dotychczasowego leczenia, czy przyjmowanych leków. Potwierdzam, że w ciągu ostatnich 6 godzin nie jadłam/em, a w ciągu 4 godzin niczego nie piłam/em. Jednocześnie oświadczam, że miałam/em nieskrepowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego znieczulenia I uzyskałam/em zrozumiałe dla mnie I wyczerpujące informacje.
Wyrażam świadomą zgodę na proponowane znieczulenie i na uzasadnione medycznie rozszerzenie postępowania anestezjologicznego.

Podpis Pacjenta:.....

KWALIFIKACJA DO ZNIECZULENIA:

Imię i Nazwisko Pacjenta: WIEK:
 Rodzaj zabiegu: Waga: Wzrost:

Po przeprowadzeniu wywiadu i zbadaniu pacjenta kwalifikuję go do znieczulenia/analgosedacji. ASA:
 Uwagi:

Podpis Lekarza Anestezjologa

KARTA ZNIECZULENIA

		GODZINA:(co 5 min)										data:									
LEKI:																					
FENTANYL (mg)																					
PROPOFOL 1% (mg)																					
Atropina (mg)																					
O ₂ l/min																					
SATURACJA (%)																					
Początek/koniec znieczulenia/zabiegu																					
HR	BP																				
140	220																				
130	200																				
120	180																				
110	160																				
100	140																				
90	120																				
80	100																				
70	80																				
60	60																				
50	40																				
40	20																				
20	0																				

ZALECENIA PO ZNIECZULENIU:
 Monitorowanie HR, BP, SpO₂ przez 30 min po znieczuleniu.

Podpis Pielęgniarki Anestezjologicznej

Podpis Lekarza Anestezjologa:

.....