*ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ i MEDYCYNY PRACY MED-ALKO Sp.zoo* . *CHIRURGIA JEDNEGO DNIA Konin, ul. Gajowa 7 tel. 63 / 240 79 34*

*ANKIETA KWALIFIKACJI ANESTEZJOLOGICZNEJ -* ***dla dorosłych . WYPEŁNIA PACJENT !***

Nazwisko i imię ……………………………………… ……. …. …………………….

Data urodzenia…………………………………………….. Masa ciała………………….kg

Rodzaj zabiegu………………………………………………. ………………………………….

**PRZECZYTAJ***: Ankieta przedoperacyjna służy zebraniu i udokumentowaniu informacji, na podstawie których możliwe będzie wybranie najbardziej korzystnego postępowania anestezjologicznego. Prosimy o udzielenie dokładnych odpowiedzi na zadane pytania, gdyż brak pełnej informacji o Pana/i stanie zdrowia może przyczynić się do wystąpienia powikłań. Wszystkie niejasności prosimy poruszyć w trakcie rozmowy z anestezjologiem i podpisać ankietę.*

Wywiad: *(* ***właściwą odpowiedź otocz obwódką*** *)*  ***:***

1. Czy jest Pan/i aktualnie przeziębiony/a, chory/a ? tak nie
2. Uczulenia ( na co?)………………………………………………. tak nie
3. Czy na co dzień zażywa Pan/i leki ? ( *wymień wszystkie )* tak nie

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

1. Przebyte operacje (jakie?)…………..……………...……………. tak nie

……………………………………………………………………………….

5. Czy były komplikacje znieczuleń u Pana/i lub krewnych tak nie

CZY CHORUJE LUB CHOROWAŁ/A PAN/I NA CHOROBY : ***jeśli tak, to podkreśl właściwe***

1.**Serca**: zawał, choroba niedokrwienna, wada serca, zaburzenia rytmu , rozrusznik tak nie 2.**Krążenia**: nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, niewydolność serca tak nie

3.**Płuc**: astma, gruźlica, rozedma, POChP tak nie 4.**Wątroby**: żółtaczka, marskość, stłuszczenie, wirusowe zapalenie wątroby tak nie

5.**Układu moczowego**: niewydolność lub zapalenie nerek, kamica, prostata tak nie 6.**Tarczycy**: nadczynność, niedoczynność, wole, guzy tak nie

7.**Metaboliczne:** cukrzyca, dna moczanowa, porfiria, inne tak nie 8.**Układu nerwowego**: padaczka, udar, niedowład, miastenia tak nie

9.**Zmiany nastroju**: depresje, nerwice, choroby psychiczne, choroba alkoholowa tak nie 10.**Choroby kręgosłupa i stawów**: zwyrodnienia, dyskopatie, urazy.. tak nie

11.**Choroby krwi**: hemofilia, małopłytkowość, żylaki, zakrzepica, zatorowatość pł. tak nie 12.Czy jest Pani w ciąży ? tak nie

13.Czy pali Pan/i papierosy, nadużywa alkoholu, używa środki psychoaktywne ? tak nie 14.Czy ma Pan/i wyjmowane protezy zębowe, szkła kontaktowe, inne protezy ? tak nie

15.Inne choroby, nowotwory, otyłość, dolegliwości tak nie (jakie?)………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………

ZALECENIA DLA PACJENTÓW: **1.Powstrzymać się od jedzenia i picia przez 6 godzin przed znieczuleniem – BARDZO WAŻNE !!! 2.Do znieczulenia należy być bez biżuterii, makijażu, pomalowanych paznokci, ruchomych protez.** Dodatkowo w trybie jednodniowym: opieka dorosłej osoby po opuszczeniu szpitala i zakaz prowadzenia pojazdów i obsługi maszyn przez 24 godziny po znieczuleniu.

*Zadaniem lekarza anestezjologa jest bezpieczne przeprowadzenie znieczulenia. Anestezjolog wspólnie z pielęgniarką anestezjologiczną troszczy się o wyeliminowanie bólu przez zastosowanie znieczulenia ogólnego ( narkozy ) bądź przewodowego obejmującego tylko określoną część ciała. Znieczulenie przewodowe jest w większości przypadków mniej obciążające dla organizmu niż znieczulenie ogólne. Aby zapobiec wystąpieniu powikłań, anestezjolog podczas zabiegu monitoruje parametry układów oddechowego, krążenia i inne, a jeśli powikłania wystąpią, natychmiast je rozpoznaje i leczy.*

**OŚWIADCZENIE PACJENTA I ZGODA NA ZNIECZULENIE**

Lekarz anestezjolog przeprowadził ze mną rozmowę na temat znieczulenia. Podczas tej rozmowy mogłem/am pytać o wszystkie interesujące mnie problemy dotyczące rodzaju znieczulenia, związanego z nim ryzyka oraz o inne okoliczności, które mogą wystąpić podczas i po operacji. NIE MAM WIĘCEJ PYTAŃ. Na postawione w ankiecie pytania udzieliłem/am odpowiedzi zgodnie z prawdą.

Niniejszym proszę o przeprowadzenie u mnie znieczulenia ogólnego lub przewodowego do zabiegu operacyjnego. Zapoznałe/am się z zaleceniami przedoperacyjnymi. Zgadzam się na towarzyszące zabiegowi postępowanie, tj. przetaczanie płynów, podawanie leków niezbędnych w czasie i po zabiegu, w tym **preparatów krwi**. Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego, w tym zmianę rodzaju i zakresu znieczulenia oraz leczenie ewentualnych powikłań.

UWAGI: …………………………………………….. Data………………

……………… ………………………………… **Podpis pacjenta**………………………………..

**WYPEŁNIA ANESTEZJOLOG**: Stan przedmiotowy: dobry/ ………….. Tolerancja wysiłku: dobra / umiarkowana / słaba

płuca – szmer pęcherzykowy / ……………………………… serce-miarowo / ………………. tony czyste /……………… obrzęki: tak / nie

Brzuch miękki /…………… Stan neurologiczny – bez wyraźnych ubytków/………………………………………. Uwagi-………………………

Rozpoznania:……………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………….

ASA…………. Mallampati…………… Proponowane znieczulenie ………………………

**Dodatkowo przed operacją proszę wykonać badania/konsultacje: ………………………………………**

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

UWAGI…………………………………………..

Pacjent ZAKWALIFIKOWANY/ NIE ZAKWALIFIKOWANY do znieczulenia – *zakreśl właściwe*.

Premedykacja: ………………………………………………………………………………………………..

Data…………………… Pieczęć i podpis anestezjologa: wersja 04.2021. TM