



ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA (dorośli od 16 roku życia)

Lekarz anestezjolog usypia i znieczula pacjenta na czas zabiegu endoskopowego. Stosując odpowiednie leki uzyskuje okresowe ograniczenie czynności ośrodkowego układu nerwowego - czyli znieczulenie ogólne = narkoza = anestezja. Podczas trwania zabiegu kontroluje ważne funkcje życiowe jak: oddychanie, krążenie i ciśnienie krwi, a po jej zakończeniu wybudza pacjenta. W zależności od rodzaju zabiegu, w porozumieniu z lekarzem wykonującym zabieg endoskopowy, decyduje o rodzaju znieczulenia.

RODZAJE ZNIECZULEŃ

SEDACJA – uspokojenie

Uzyskiwane jest poprzez dożylnie podanie leków. Doprowadza do stanu senności, likwiduje lęk i niepokój związany z zabiegiem, ale świadomość pacjenta jest zachowana.

OGÓLNE (dożylne, wziewne, dotchawicze)

Wyłącza świadomość i tym samym odczuwanie bólu. Pacjent znajduje się w stanie podobnym do snu. Leki podawane są dożylnie. W celu zapewnienia odpowiedniego oddychania stosowane są: maska twarzowa, maska krtaniowa, (najczęściej) lub intubacja dotchawicza. Maski krtaniowej to najnowocześniejszy sprzęt anestezjologiczny, zapewniający przepływ gazów oddechowych a nie podrażniający krtani, strun głosowych czy tchawicy. Dzięki czemu okres zasypiania i budzenia się po zabiegu przebiega dużo łagodniej. Zarówno maska krtaniowa jak i rurka intubacyjna wkładane są po zaśnięciu pacjenta, a usuwane we wczesnej fazie budzenia po operacji.

Dla każdego pacjenta wybierane jest takie znieczulenie, które najmniej obciąża organizm i jednocześnie zezwala na precyzyjne przeprowadzenie badania endoskopowego. Pacjenci często zadają pytanie, jakie jest ryzyko znieczulenia? Odpowiedź brzmi: zagrażające zdrowiu czy życiu powikłania są niezmiernie rzadkie.

Można im zapobiec poprzez następujące działania, które zapewniamy naszym pacjentom:

1. dokładną analizę stanu zdrowia pacjenta,
2. analizę wyników badań dodatkowych,
3. analizę przebiegu poprzednich operacji i zabiegów,
4. analizę chorób występujących w najbliższej rodzinie,
5. ścisłą współpracę anestezjologa z lekarzem zabiegowym
6. stosowanie bezpiecznych (nowej generacji) leków do znieczulania: są one łatwo kontrolowane, bezpieczne, krótko działające i redukują niepożądane objawy po operacji, takie jak nudności, wymioty, długą senność,
7. wybór optymalnego rodzaju znieczulenia,
8. zapewnienie odpowiedniej opieki pielęgniarskiej.

W celu uzyskania ważnych informacji o Pana/i stanie zdrowia przygotowaliśmy ankietę anestezyjologiczną. Proszę o wnikliwe wypełnienie ankiety i przyniesienie jej na konsultację anestezyjologiczną wraz z posiadaną dokumentacją medyczną, jak: książeczka zdrowia, wyniki badań, karty informacyjne, etc.

ANKIETĘ - WYPEŁNIA PACJENT

proszę kółkiem zakreślić właściwą odpowiedź

Imię i nazwisko oraz data urodzenia

Wagaw kg

Wzrost w cm

Proszę zaznaczyć kółkiem właściwą odpowiedź.

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1. Czy znajduje się Pan/i pod opieką lekarza z powodu przewlekłej choroby? | TAK | NIE |
| 2. Czy przyjmuje Pan/i leki na stałe? | TAK | NIE |
| 3. Czy brał/a Pan/i w ciągu ostatnich 10 dni leki obniżające krzepliwość krwi? | TAK | NIE |
| 4. Przebyte operacje i zabiegi. | TAK | NIE |
| 5. Powikłania podczas poprzednich znieczuleń. | TAK | NIE |
| 6. Powikłania związane ze znieczuleniem w najbliższej rodzinie. | TAK | NIE |
| 7. Czy miał/a Pan/i przetaczaną krew? | TAK | NIE |
| 8. Czy jest Pani w ciąży? | TAK | NIE |
| 9. Czy jest Pan/i zaszczepiony/a przeciw żółtaczce B (WZW B)? | TAK | NIE |
| 10. Czy jest Pan/i zaszczepiony/a przeciw COVID-19 ? | TAK | NIE |

Odpowiedzi „TAK” w punktach 1-9 proszę opisać:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Uwaga: Proszę przyjąć leki przyjmowane rano.

11. Czy leczył/a się Pan/i z powodu następujących chorób

Układ krążenia:

- Nadciśnienie tętnicze	TAK	NIE
- Choroba wieńcowa	TAK	NIE
- Zawał serca	TAK	NIE
- Zaburzenia rytmu	TAK	NIE
- Żyłki kończyn dolnych	TAK	NIE

Układ oddechowy:

- Zapalenie płuc	TAK	NIE
- Przewlekłe zapalenie oskrzeli	TAK	NIE
- Astma	TAK	NIE
- Gruźlica	TAK	NIE

Układ pokarmowy:

- Owrzodzenie żołądka lub dwunastnicy	TAK	NIE
- Przepuklina rozworu przełykowego	TAK	NIE

Choroby wątroby:

- Żółtaczka

Choroby metaboliczne:

- Cukrzyca	TAK	NIE
- Choroby tarczycy	TAK	NIE

Choroby nerek:

- Kamica	TAK	NIE
- Trudności w oddawaniu moczu	TAK	NIE

Układ nerwowy:

- Padaczka	TAK	NIE
- Udar, porażenie	TAK	NIE

Układ nerwowo-mięśniowy

- Wiotkość mięśni	TAK	NIE
- Dystrofia, (zaniki mięśniowe)	TAK	NIE

Choroby oczu

- Jaskra	TAK	NIE
----------	-----	-----

Choroby uszu:

- Zaburzenia słuchu i równowagi	TAK	NIE
---------------------------------	-----	-----

Choroby psychiczne:

- Depresja lub inne TAK NIE

Choroby krwi i zaburzeń krzepnięcia:

- Krwawienia z nosa , dziąseł TAK NIE

- Anemia TAK NIE

Jama ustna:

- Utrudnione otwieranie ust TAK NIE

- Protezy TAK NIE

- Aparat ortodontyczny ruchomy TAK NIE

Uczulenia:

- Na leki TAK NIE

- Pyłki w okresie kwitnienia TAK NIE

Czy pije Pan/i alkohol:

- Jak często NIE

Czy pali Pan/i papierosy: TAK NIE

Czy przyjmuje Pan/i środki nasenne, uspokajające: TAK NIE

Odpowiedzi TAK proszę opisać:

.....
.....
.....

Inne informacje zdrowotne:

.....
.....

Czy posiada Pan/i tatuaż w tym makijaż permanentny: TAK NIE

Jeśli TAK proszę wpisać w jakiej części ciała:

Czy posiada Pan/i niegojące się zmiany skórne: 1 TAK NIE

Lekarz anestezjolog przeprowadził ze mną rozmowę wyjaśniającą postępowanie przed, podczas i po zabiegu. Zrozumiałem/am wyjaśnienia i zadałem/am wszystkie interesujące mnie pytania dotyczące znieczulenia i możliwych powikłań. Nie mam żadnych dodatkowych pytań.

Zgadzam się na planowany zabieg:

1. w sedacji

2. w znieczuleniu ogólnym dożylnym

Zgadzam się również na uzasadnione medycznie postępowanie towarzyszące (np. dodatkowe wkłucie dożylnie, przetoczenie płynów, krwi) i w razie konieczności zmianę sposobu znieczulenia.

ZALECENIA:

- 6 godzin przed badaniem nie wolno jeść, 4 godziny pić płynów ((nie pić alkoholu 24 godziny przed badaniem)

- poinformować o protezach zębowych i szklach kontaktowych, mieć zapewniony transport do domu z osobą dorosłą

- po badaniu przez 24 godziny nie wolno pić alkoholu, prowadzić pojazdów i obsługiwać urządzeń mechanicznych

Oświadczam, że zapoznałem się z ankietą, podane odpowiedzi są prawdziwe i wyrażam zgodę na proponowany rodzaj znieczulenia. Dostosowałem/am się do zaleceń dotyczących postępowania przed zabiegiem. Będę miał/a zapewniony transport do domu z osobą dorosłą. Nie zataiłem/am świadomie żadnych ważnych informacji zdrowotnych mających wpływ na proponowany rodzaj znieczulenia oraz rodzaj zabiegu.

.....
podpis i pieczęć lekarza

.....
data i podpis pacjenta