

Ankieta anestezyjologiczna
Wielospecjalistyczny Szpital – Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu

Imię i nazwisko:

Data urodzenia (dzień, miesiąc, rok):

Płeć: K M

Wzrost (cm):

Waga (kg):

Status socjoekonomiczny: dobry zły

Przyjmowane leki, suplementy diety (podać nazwę preparatu, dawkę, ile razy dziennie)

Przebyte operacje (podać nazwę przebytej operacji, rok, rodzaj znieczulenia – ogólne, regionalne, miejscowe)

Stan zdrowia – uczulenia, infekcje, szczepienia, choroby przewlekłe i inne

Uczulenia, alergie: nie tak:.....

Infekcja w ostatnich 3. tygodniach: nie tak:.....

Szczepienie w ostatnich 3. tygodniach: nie tak:.....

Używki (alkohol, nikotyna, narkotyki itp.): nie tak:.....

Choroba niedokrwienna serca, zawał serca: nie tak:.....

Niewydolność serca: nie tak:.....

Przebyte niedokrwienie mózgu, udar mózgu: nie tak:.....

Choroba tętnic obwodowych (chromanie): nie tak:.....

Niewydolność nerek: nie tak:.....

Nadciśnienie tętnicze: nie tak:.....

Cukrzyca: nie tak:.....

Schorzenia układu oddechowego (astma, POChP): nie tak:.....

Inne schorzenia: nie tak:.....

Powikłania znieczulenia (również w rodzinie): nie tak:.....

Prawdopodobna ciąża (dotyczy kobiet): nie tak

Tolerancja wysiłku fizycznego (zaznaczyć prawdziwe stwierdzenia)

poruszam się bez trudu po mieszkaniu

przejdę 100m po płaskim terenie

wejść na 1. piętro po schodach lub na wzniesienie

mogę podjąć większy wysiłek

Planowany zabieg operacyjny

Planowany rodzaj znieczulenia

Znieczulenie ogólne: tak:.....

Znieczulenie neuroosiowe: tak:.....

Znieczulenie nerwów obwodowych: tak:.....

Inne: tak:.....

Przewidywane trudności w znieczuleniu, przygotowanie sprzętu, leków (opisać)

Mallampati I II III IV możliwa trudna wentylacja możliwa trudna intubacja

Badanie fizykalne

Pacjent przytomny, w kontakcie logicznym: tak nie:

Akcja serca miarowa

Tony serca czyste

Szmer oddechowy pęcherzykowy symetryczny

Inne istotne odchylenia:

Ryzyko znieczulenia wg ASA I II III IV V E

Zalecone konsultacje, badania, termin ewentualnej ponownej wizyty w Poradni Anestezjologicznej

ŚWIADOMA ZGODA NA ZNIECZULENIE

W trakcie rozmowy z anestezjologiem uzyskałem/-am informacje odnośnie proponowanego rodzaju znieczulenia, alternatywnych metod znieczulenia oraz o dających się przewidzieć następstwach i powikłaniach proponowanego znieczulenia w sposób dla mnie zrozumiały i wyczerpujący. Miałem/-am wystarczającą ilość czasu oraz możliwość zadawania pytań przed wyrażeniem świadomej zgody na znieczulenie. Zapoznałem/-am się z broszurą informacyjną „Informacja o znieczuleniu”.
Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na proponowane znieczulenie.

Data i podpis pacjenta

Data, podpis i pieczęć anestezjologa

Wizyta anestezjologiczna przedoperacyjna (w szpitalu)

Pacjent zakwalifikowany do znieczulenia: tak nie warunkowo:

Badania przedoperacyjne sprawdzone: tak uwagi:

Zlecenie premedykacji: nie tak (podać datę, godzinę, zlecenie):

Data, podpis i pieczęć anestezjologa