

# Przedoperacyjna ankieta anestezyjologiczna

Rozpoznanie: \_\_\_\_\_

Zabieg Operacyjny: \_\_\_\_\_

PR2\_IR1\_F2\_w6

( 01.12.2024)

NAZWISKO \_\_\_\_\_ IMIĘ \_\_\_\_\_

PESEL.....

PRZYJMOWANE OBECNIE LEKI \_\_\_\_\_

## PRZEBYTE OPERACJE W ZN. OGÓLNYM:

CZY CHORUJE PAN(I) NA: (właściwie **PODKREŚLIĆ**)

- |                                       |         |                                    |         |
|---------------------------------------|---------|------------------------------------|---------|
| 1. CHOROBEŃ WIEŃCOWĄ                  | TAK NIE | 12. UDAR MÓZGU                     | TAK NIE |
| 2. CZY PRZEBYŁ PAN(I) ZAWAŁ SERCA     | TAK NIE | 13. UCZULENIA                      | TAK NIE |
| 3. INNE CHOROBY SERCA                 | TAK NIE | 14. JASKRA                         | TAK NIE |
| 4. NADCIŚNIENIE TĘTNICZE              | TAK NIE | 15. INNE CHOROBY JAKIE: .....      |         |
| 5. CHOROBY PŁUC I OSKRZELI            | TAK NIE | .....                              |         |
| 6. ŻYŁAKI KOŃCZYN DOLNYCH             | TAK NIE | .....                              |         |
| 7. NIEWYDOLNOŚĆ NEREK                 | TAK NIE | 16. CZY PIJE PAN/PANI ALKOHOL      | TAK NIE |
| 8. CUKRZYCĘ                           | TAK NIE | 17. CZY JEST PAN/ PANI UZALEŻNIONY |         |
| 9. CHOROBY TARCZYCY                   | TAK NIE | OD ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH            | TAK NIE |
| 10. MIASTENIA lub inne choroby mięśni | TAK NIE | 18. INNE UZALEŻNIANIA JAKIE? ..... |         |
| 11. PADACZKĘ                          | TAK NIE | .....                              |         |

Skala Mallampatiego	TAK	NIE
Widoczne podniebienie miękkie, języczek, gardło i zarys migdałków		
Widoczne podniebienie miękkie		
Widoczne podniebienie miękkie i języczek		
Widoczne podniebienie miękkie i podstawa języczka		
Nie widać podniebienia		

Ryzyko wg ASA	I	II	III	IV	V

ZALECENIA \_\_\_\_\_

Waga:	Wzrost:

## PREMEDYKACJA

Lek	Dawka	Droga

Wyrażam zgodę na :	TAK	NIE
Proponowany typ znieczulenia		

Alternatywne sposoby postępowania anestezjologicznego		
Uzasadnione medyczne zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego		

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

1. Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badań nie zataiłem/am\* istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób

Data: .....

\*Podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego: .....

2. Oświadczam, iż podczas rozmowy z lekarzem miałem/am\* możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/ am\* na nie zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi.

Data: .....

\*Podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego: .....

Data: .....

Podpis lekarza: .....

## INFORMACJA O POSTĘPOWANIU ANESTEZJOLOGICZNYM - ZNIECZULENIU

Imię i Nazwisko \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_

Bez znieczulenia większość zabiegów operacyjnych i bolesnych procedur diagnostycznych jest niemożliwa do przeprowadzenia. Rolą lekarza anestezjologa jest zaproponowanie i znieczulenie pacjenta w oparciu o aktualny stan wiedzy medycznej, stan zdrowia pacjenta oraz specyfikę planowanego zabiegu operacyjnego lub diagnostycznego.

Wszystkie procedury anestezjologiczne, przy spełnieniu współczesnych standardów dotyczących personelu i sprzętu, są bezpieczne dla pacjenta. Jednak każda, nawet najprostsza czynność medyczna jest związana z możliwością wystąpienia powikłań. Szczegółowe i prawdziwe przedstawienie swojego stanu zdrowia i zażywanych leków oraz bezwzględne zastosowanie się do zakazu spożywania pokarmów i napojów przed znieczuleniem pomoże anestezjologowi zminimalizować to ryzyko. Proszę zapoznać się z poniżej przedstawionymi informacjami i wypełnić ankietę anestezjologiczną, która zawiera pytania dotyczące stanu państwa zdrowia.

W okresie poprzedzającym zabieg operacyjny spotkacie się Państwo z lekarzem anestezjologiem, który po rozmowie, badaniu oraz zapoznaniu się z dostarczoną przez Państwa dokumentacją podejmie decyzję i zaproponuje Państwu rodzaj znieczulenia oraz wyjaśni ewentualne wątpliwości. Dopiero po rozmowie i w obecności anestezjologa prosimy o podpisanie tego formularza.

Znieczulenia można podzielić na ogólne i regionalne (przewodowe)

**Znieczulenie ogólne** (zwane „narkozą”) polega na czasowym wyłączeniu świadomości i zniesienia odczuwania bólu pacjenta na okres zabiegu operacyjnego. Środek nasenny podaje się zazwyczaj dożylnie. Po zaśnięciu pacjenta anestezjolog kontynuuje podawanie leków nasennych i przeciwbólowych, czuwa nad oddechem i pracą serca. Przez cały czas trwania operacji jest obecny w pobliżu pacjenta, nadzoruje jego stan i na bieżąco rozwiązuje zaistniałe problemy.

Przy każdym rodzaju znieczulenia stosuje się podstawowe monitorowanie przyrządowe układu oddechowego i krążenia. Do niektórych rodzajów zabiegów konieczne jest założenie dodatkowych elementów inwazyjnego monitorowania. Zazwyczaj odbywa się to już po zaśnięciu chorego.

Z wykonaniem znieczulenia ogólnego mogą wiązać się powikłania. Większość potencjalnych powikłań ma charakter lekkich i przemijających dolegliwości, nie pozostawiających żadnego uszczerbku na zdrowiu pacjenta. Przy znieczuleniach wykonywanych zgodnie z obowiązującymi zasadami ciężkie powikłania są bardzo rzadkie.

Ryzyko tego rodzaju powikłań jest wyższe w przypadku pacjentów obciążonych schorzeniami ogólnymi, natomiast w przypadku pacjentów z grupy niskiego ryzyka jest minimalne, nie można go jednak całkowicie wykluczyć.

Może wystąpić ból gardła, uczucie drapania, trudności w przełykaniu, nudności i wymioty, trudności z założeniem rurki do oddychania do dróg oddechowych i związane z tym uszkodzenia tkanek, jamy ustnej i zębów, reakcje uczuleniowe na leki anestezjologiczne, przedostanie się treści pokarmowej z żołądka do płuc i w następstwie zapalenie płuc (stąd tak ważne jest wstrzymanie się od jedzenia i picia przed znieczuleniem), gorączka złośliwa (nieprawidłowa reakcja na niektóre leki znieczulające, choroba dziedziczna).

**Znieczulenie przewodowe** polega na podaniu leku znieczulającego w okolice nerwów, spłotów nerwowych, także tych wychodzących z kręgosłupa, przewodzących ból z operowanej okolicy. Oprócz tego chory otrzymuje dożylnie leki uspakajające lub nasenne. Po znieczuleniach przewodowych także mogą się zdarzyć powikłania z reguły niegroźne dla życia i zdrowia: bóle głowy, nudności i wymioty, trudności z oddawaniem moczu, bóle okolicy lędźwiowej, przejściowe podrażnienie nerwów objawiające się zaburzeniami czucia, mrowieniem lub osłabieniem kończyn, zakażenie miejscowe tkanek w okolicy wkłucia. Lekarz wykonujący znieczulenie szczegółowo państwa poinformuje o technice znieczulenia i możliwych powikłaniach.

### Jak pacjent powinien przygotować się do planowego znieczulenia :

#### **Posiłki**

Przed wykonaniem jakiegokolwiek znieczulenia i zabiegu operacyjnego ważne jest, aby pacjent był na czczo. Oznacza to, że nie wolno spożywać pokarmów:

Dorośli 8 godzin przed planowanym zabiegiem, dzieci i osoby zakwalifikowane do zabiegów stomatologicznych z orzeczeniem o niepełnosprawności 6 godzin przed planowanym zabiegiem. Zażywane przewlekle leki można popić niewielką ilością wody. Niezastosowanie się do tych zaleceń może skutkować przedostaniem się kwaśnej treści żołądka do płuc, co stanowi zagrożenie dla życia

#### **Biżuteria, makijaż, protezy**

Ze względów bezpieczeństwa zalecane jest, aby jadąc na blok operacyjny nie mieć na sobie żadnej biżuterii, zegarka, obrączki, kolczyków, okularów, łańcuszków itp. Dotyczy to także ozdób w jamie ustnej, np. kolczyków w języku. Należy również wyjąć protezy zębowe, okulary i szkła kontaktowe. Osoby niedosłyszące mogą pozostawić aparat słuchowy – ułatwi to kontakt z personelem bloku operacyjnego. Prosimy również, aby w dniu zabiegu nie malować paznokci, nie robić makijażu i nie nakładać na twarz żadnego kremu – utrudnia to odczyt z urządzeń monitorujących oraz umocowanie rurki intubacyjnej.

### ZGODA NA TRANSFUZJĘ KRWI I PREPARATÓW KRWIPOCHODNYCH

TAK / NIE Wyrażam zgody na transfuzję krwi i zastosowanie preparatów krwiopochodnych bez względu na zagrożenie życia.

\*Data, podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego.....Data, podpis lekarza.....

### ZGODA NA ZNIECZULENIE

Niniejszym wyrażam zgodę na zaproponowany rodzaj znieczulenia ..... do planowanego zabiegu operacyjnego/diagnostycznego, jak również na towarzyszące temu postępowanie medyczne (kroplówki, wkłucia, leki, oddech zastępczy) w czasie i po zabiegu.

Zgadzam się na medycznie uzasadnione zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego, w tym zmianę rodzaju znieczulenia. Oświadczam, że miałam/em pełną możliwość zadawania pytań dotyczących znieczulenia, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań oraz że uzyskałam/em zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi. Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na której podjęcie miałam/em wystarczającą ilość czasu.

Oświadczam także, że nie zataiłam/am żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych leków, będąc świadomym/mą wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych. Oświadczam ponadto, że w ciągu ostatnich 6 godzin przed znieczuleniem nie przyjmuję żadnych pokarmów ani płynów, wiedząc, że leki zażywane stale mogę popić niewielką ilością wody.

\*Data, podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego..... Data, podpis lekarza.....

- Ankietę podpisuje także pacjent który ukończył 16 rok życia oraz przedstawiciel ustawowy.

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia, a także prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, żądanie zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych osobowych. Jeśli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych narusza obowiązujące w tym zakresie przepisy, może Pani/Pan wnieść skargę do organu nadzorczego, w zakresie kontroli przetwarzania danych osobowych. Administrator może przekazać dane osobowe organom uprawnionym, tj. Urzędowi Skarbowemu oraz Narodowemu Funduszowi Zdrowia. Ponadto dane zawarte we Wniosku Administrator może przekazywać wyłącznie dwóm grupom odbiorców: osobom upoważnionym, tj. pracownikom i współpracownikom, którzy muszą mieć dostęp do danych, aby wykonywać swoje obowiązki, podmiotom przetwarzającym którym

Administrator zlecił czynności wymagające przetwarzania danych, tj. firmom zajmującym się obsługą informatyczną. Informacje dotyczące przetwarzania swoich danych osobowych może Pani/Pan uzyskać kontaktując się z Administratorem Danych za pośrednictwem poczty elektronicznej, wysyłając zapytanie na adres e-mail: [info@wident.eu](mailto:info@wident.eu) lub bezpośrednio w siedzibie Administratora danych: ul. Szubińska 93-95, 85-312 Bydgoszcz. Jeżeli Pani/Pan uzna, iż przetwarzanie danych narusza przepisy prawa, wówczas ma

Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych

Administratorem danych osobowych zawartych w „**Przedoperacyjna ankieta anestezyjologiczna**” jest Klinika Wident Piotr Winiarski, Liliana Winiarska Spółka Cywilna z siedzibą przy ul. Szubińskiej 93-95, 85-312 Bydgoszcz. Podane w „**Przedoperacyjna ankieta anestezyjologiczna**” dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w celu kwalifikacji do zabiegu i realizacji świadczeń medycznych. Przetwarzanie danych odbywa się na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz na podstawie Ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. Podanie danych jest niezbędne do rozpatrzenia wniosku o udzielenie zapomogi losowej bądź socjalnej. W przypadku niepodania danych wniosek nie będzie mógł być rozpatrzony. Dane osobowe, które zostały podane przez Panią/Pana w „**Przedoperacyjna ankieta anestezyjologiczna**” przechowujemy przez okres zgodny z wymaganiami określonymi w Ustawie o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta.