

### Przedoperacyjna ankieta anestezyjologiczna

Zadaniem anestezyjologa jest zapewnienie bezpieczeństwa i komfortu chorego w czasie znieczulenia oraz umożliwienie operatorowi sprawnego przeprowadzenia operacji lub zabiegu diagnostycznego.

Zabieg operacyjny lub bolesny zabieg diagnostyczny można przeprowadzić w znieczuleniu ogólnym (tzw. narkoza) lub miejscowym (przewodowym), obejmującym wybraną część ciała. W trakcie zabiegu zespół anestezyjologiczny nadzoruje czynność organizmu chorego (zwłaszcza układu krążenia, oddechowego oraz ośrodkowego układu nerwowego) i natychmiast reaguje w razie wystąpienia zaburzeń. Po operacji pacjent nadal pozostaje pod opieką anestezyjologiczną, kontynuuje się leczenie i pielęgnację (między innymi skuteczne uśmierzenie bólu).

Wiele zabiegów zwłaszcza na kończynach dolnych wykonuje się w znieczuleniu dokanałowym polegającym na podaniu leków miejscowo znieczulających w okolicę rdzenia kręgowego. Wbrew obawom pacjentów ten rodzaj znieczulenia miejscowego nie jest obciążony większym ryzykiem (niebezpieczeństwem dla chorego).

Celem dobrania jak najlepszego rodzaju znieczulenia i postępowania w okresie okołoperacyjnym prosimy o dokładne wypełnienie poniższej ankiety.

Wszystkie wątpliwości dotyczące znieczulenia i pytań zawartych w ankiecie wyjaśni lekarz anestezyjolog.

**Nazwisko** ..... **Imię** .....

**PESEL** ..... **Wzrost** ..... **cm**, **Waga** ..... **kg**

Zawód (uprawiany obecnie lub w przeszłości) .....

1. Czy leczy się Pan(i) ostatnio?

tak  nie

Jeśli tak, to na jakie schorzenia?.....  
.....  
.....

2. Jakie leki Pan(i) obecnie przyjmuje? .....

Czy choruje Pan(i) obecnie, bądź chorował(a) na jedną z wymienionych poniżej chorób?

3. Choroby serca np. przebyty zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego

tak  nie  nie wiem

4. Choroby układu krążenia (np. wysokie ciśnienie krwi, niskie ciśnienie, omdlenia

tak  nie  nie wiem

5. Choroby naczyń krwionośnych (np. żylaki, zapalenia żył, złe ukrwienie kończyn, bóle łydek przy chodzeniu)

tak  nie  nie wiem

6. Choroby płuc (np. gruźlica, pylica, rozedma, zapalenie)

tak  nie  nie wiem

7. Choroby dróg oddechowych (np. astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli)

tak  nie  nie wiem

8. Choroby przewodu pokarmowego (np. choroba wrzodowa żołądka/dwunastnicy)  
tak  nie  nie wiem
9. Choroby wątroby (np. żółtaczka, marskość)  
tak  nie  nie wiem
10. Choroby układu moczowego (np. zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu)  
tak  nie  nie wiem
11. Zaburzenia przemiany materii (np. cukrzyca, dna)  
tak  nie  nie wiem
12. Choroby tarczycy (np. wole obojętne, nadczynność, niedoczynność)  
tak  nie  nie wiem
13. Choroby układu nerwowego (np. padaczka, porażenia, niedowład, utrata przytomności, miastenia)  
tak  nie  nie wiem
14. Choroby układu kostno-stawowego (np. bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów)  
tak  nie  nie wiem
15. Choroby krwi i układu krzepnięcia (np. anemia, skłonność do wylewów krwawych po uderzeniach)  
tak  nie  nie wiem
16. Choroby oczu (np. jaskra)  
tak  nie  nie wiem
17. Zmiany nastroju (np. depresja, nerwica)  
tak  nie  nie wiem
18. Uczulenia – alergie (np. karar sienny, leki, jodynę)  
tak  nie  nie wiem   
jeśli tak, to na jakie substancje? .....
- jakie są objawy uczulenia? .....
19. Inne schorzenia, nie wymienione powyżej?  
tak  nie  nie wiem   
jeśli tak, to jakie? .....
20. Czy był(a) Pan(i) już kiedyś operowany(a)?  
tak  nie  nie wiem   
jeśli tak, to kiedy i z jakiego powodu? .....
21. Czy dobrze zniósł Pan(i) znieczulenie?  
tak  nie  nie wiem
22. Czy u krewnych Pana(i) wystąpiły kiedyś powikłania związane ze znieczuleniem?  
tak  nie  nie wiem
23. Czy miał Pan(i) transfuzję krwi?  
tak  nie  nie wiem   
kiedy? .....
24. Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę .....
25. Czy jest Pani w ciąży?  
tak  nie  nie wiem
26. Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne?  
tak  nie
27. Czy Pan(i) pali tytoń?  
tak  nie   
ile dziennie ....., od kiedy .....
28. Czy pije Pan(i) alkohol?  
nie  rzadko  dużo
29. Czy zażywa Pan(i) środki uspokajające, nasenne, narkotyki?  
tak  nie   
jakie? .....

Tę część proszę pozostawić pustą do czasu rozmowy z lekarzem anestezyjologiem.

### Oświadczenie pacjenta:

Oświadczam, że lekarz anestezyjolog przeprowadził ze mną rozmowę wyjaśniając problem znieczulenia do operacji. Podczas tej rozmowy umożliwiono mi zadanie pytań o wszystkich interesujących mnie problemach dotyczących rodzaju znieczulenia, związanego z nim ryzyka oraz innych okolicznościach przed i pooperacyjnych.

\_\_\_\_\_ podpis pacjenta

### Zgoda na znieczulenie ogólne:

Niniejszym wyrażam zgodę na znieczulenie ogólne do proponowanego zabiegu:

.....  
jak również towarzyszące temu postępowanie w czasie i po zabiegu (podawanie dożylnie leków i transfuzje, leczenie krążeniowe i oddechowe). Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezyjologicznego (w tym zmianę rodzaju znieczulenia).

\_\_\_\_\_ podpis lekarza

\_\_\_\_\_ podpis pacjenta

### Zgoda na znieczulenie miejscowe: .....

Niniejszym wyrażam zgodę na znieczulenie do proponowanego zabiegu:

.....  
Podanie leków, jak również towarzyszące temu postępowanie w czasie i po zabiegu (podawanie dożylnie leków i transfuzje, leczenie krążeniowe i oddechowe). Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezyjologicznego (w tym zmianę rodzaju znieczulenia).

\_\_\_\_\_ podpis lekarza

\_\_\_\_\_ podpis pacjenta

Kraków, dn. .... r.

### Uwagi:

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