

- Choroby krwi lub zaburzenia krzepnięcia krwi (np. skłonności do powstania krwaków, krwawienia z nosa i inne)?
 TAK NIE, jakie
- Uczulenia (katar sienny, wysypki, nadwrażliwość na żywność, leki, plaster)?
 TAK NIE, jakie
- Czy choruje Pani/Pan na inną nie wymienioną wyżej chorobę?
 TAK NIE

Jeżeli tak, to jaką:

- Czy ma Pani/Pan protezy zębowe (np. koronki, mosty, wyjmowane protezy, inne)?
 TAK NIE
- Czy ma Pani/Pan ruszające się zęby lub próchnicę?
 TAK NIE
- Czy pali Pani/Pan regularnie?
 TAK NIE
- Czy pije Pani/Pan regularnie alkohol?
 TAK NIE
- Czy Pani/Pan źle słyszy?
 TAK NIE
- Czy Pani/Pan posiada tatuaż?
 NIE TAK

W jakim miejscu:

Prosimy - pytajcie Państwo o wszystko co Państwa interesuje w związku ze znieczuleniem. Na życzenie poinformujemy o rzadkich powikłaniach znieczulenia.

Oświadczam, że przeczytałam/łem INFORMACJĘ O ZNIECZULENIACH DLA PACJENTÓW DOROSŁYCH oraz że podane powyżej informacje są zgodne z prawdą, oraz że nie zataiłam/łem żadnych istotnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia.

.....
data, podpis pacjenta

ZGODA NA ZNIECZULENIE

wypełnić w obecności lekarza anestezjologa

Lekarz anestezjolog przeprowadził ze mną dzisiaj rozmowę wyjaśniającą postępowanie przed-, śród-, i po zabiegu. Zrozumiałem/am wyjaśnienia i zadałem/am wszystkie interesujące mnie pytania, w szczególności dotyczące rodzaju znieczulenia, jego zalet jak również ewentualnych powikłań. Nie mam żadnych dodatkowych pytań. Zgadzam się aby planowany zabieg:

.....
określić rodzaj zabiegu

został przeprowadzony w znieczuleniu:

- ogólnym
przewodowym
miejscowym

w blokadzie splotu barkowego

Zgadzam się również na uzasadnione medycznie postępowanie towarzyszące (np. przetoczenie płynów, krwi, dodatkowe wkłucie dożylnie) i w razie konieczności zmianę sposobu znieczulenia. Zgłaszam następujące ograniczenia towarzyszącego postępowania medycznego:

.....
data
.....
podpis lekarza
.....
podpis pacjenta

Oświadczenie

Nic nie jadłem i nie piłem od godz.
Mam zapewniony transport do domu z dorosłą osobą towarzyszącą

.....
data, podpis pacjenta



INFORMACJE O ZNIECZULENIU DOROSŁYCH

SZANOWNI PAŃSTWO

Bolesne zabiegi medyczne są z reguły wykonywane w znieczuleniu. Za wykonanie znieczulenia i utrzymanie w czasie jego trwania ważnych funkcji życiowych (m. in. oddychania, krążenia krwi) jest odpowiedzialny lekarz anestezjolog. Współpraca anestezjologa z lekarzem wykonującym zabieg służy bezpieczeństwu pacjenta. Istnieją różne rodzaje znieczulenia. Każde znieczulenie zaczyna się od wkłucia dożylnego.

• Uspokojenie (sedacja)

Pozwala na spokojne przebycie zabiegu, wyłącza lęk i niepokój związany z operacją.

Możliwe powikłania związane ze znieczuleniem miejscowym:

- alergia na lek,
- bardzo rzadko niedotlenienie w konsekwencji zaburzenia krążeniowo-oddechowe, rzadko z zgonem włącznie.

• Znieczulenie ogólne (narkoza)

Wyłącza świadomość a tym samym odczuwanie bólu. Od początku znieczulenia do jego końca Pacjent znajduje się w spokojnym podobnym do snu stanie. Znieczulenie rozpoczyna się od podania środka nasennego przez wkłutą do żyły specjalną igłą. Wystarcza to do przeprowadzenia krótkiego zabiegu (krótka narkoza dożylna). Podczas dłuższych zabiegów pacjentowi zazwyczaj są intubowani w celu zabezpieczenia drożności dróg oddechowych. Intubacja odbywa się po uspianiu pacjenta i pozwala podtrzymywać znieczulenie poprzez podawanie wziewnych środków w postaci lotnej. Pacjent jest rozintubowywany przed wybudzeniem, po zakończeniu operacji.

Możliwe powikłania związane ze znieczuleniem ogólnym:

- nudności,
- wymioty,
- drapanie bądź ból gardła,
- alergia na lek,
- bardzo rzadko niedotlenienie, a w jego konsekwencji zaburzenia krążeniowo-oddechowe, ze zgonem włącznie.

• Znieczulenie regionalne: podpajęczynówkowe, zewnątrzoponowe, blokada splotów i pni nerwowych

Znosi odczuwanie bólu w określonych obszarach ciała lub w bezpośredniej okolicy rany operacyjnej. Podczas znieczulenia podpajęczynówkowego i zewnątrzoponowego blokuje się dolne części ciała. Podczas blokady splotów nerwowych wybrane fragmenty objęte zakresem operacji. W tym celu środek znieczulenia miejscowego jest wstrzykiwany w pobliże splotów i pni nerwowych. Ukłucie jest zwykle bezbolesne, gdyż przed jego wykonaniem skóra jest dodatkowo znieczulana.

Możliwe powikłania związane ze znieczuleniem regionalnym:

- niewystarczający poziom znieczulenia,
- niezamierzone podanie środka znieczulającego donaczyniowo, zbyt rozległe znieczulenie,
- przejściowe problemy z oddawaniem moczu,
- spadek ciśnienia tętniczego krwi i zaburzenia rytmu serca,
- alergia na zastosowany lek,
- popunkcyjne bóle głowy lub bóle kręgosłupa,
- krwaki i powikłania neurologiczne,
- ropień w kanale kręgowym,
- odma opłucnowa.

Powikłania te przy obecnie stosowanych technikach występują bardzo rzadko.

PROSIMY PAŃSTWA O DOKŁADNE INFORMACJE

Obciążenie i niebezpieczeństwo związane z każdym zabiegiem, w tym również za znieczuleniem ogólnym, zależy od wielu okoliczności. Szczególne znaczenie ma rodzaj choroby wymagającej operacji. Duży wpływ mają choroby towarzyszące i dotychczas przebyte, stan ogólny, wiek i styl życia. Zadając poniższe pytania, chcemy ustalić możliwe zagrożenia i zapewnić najwyższy stopień bezpieczeństwa. Pytań jest tak wiele, ponieważ chcemy zapobiec również bardzo rzadkim i stosunkowo niegroźnym powikłaniom (np. uszkodzeniu zębów podczas intubacji, podrażnieniu żył, zaburzeniom głosu, nudnościom i wymiotom).

Ewentualne wątpliwości dotyczące pytań zawartych w ankiecie wyjaśni anestezjolog w czasie wizyty przedoperacyjnej. W trakcie wizyty przedoperacyjnej anestezjolog oczekuje dostarczenia dokumentacji dotyczącej dotychczasowego leczenia (kart informacyjnych z wcześniejszego leczenia w szpitalu, dokumentacji leczenia w poradniach specjalistycznych).

DATA ZABIEGU

□□ - □□ - □□

PROSZĘ ZABRAĆ ZE SOBĄ WYNIKI BADAŃ, ANKIETĘ I POZOSTAŁĄ DOTYCHCZASOWĄ DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ

PROSZĘ O PRZESTRZEGANIE PONIŻSZYCH ZALECEŃ:

- pozostać na czczo 6 godzin bez jedzenia i 4 godziny bez picia, aby uniknąć zachłyśnięcia.
- Leki należy przyjąć o zwykłej porze.
- Nie wolno pić alkoholu 24 godziny przed zabiegiem.
- Należy usunąć protezy zębowe i szkła kontaktowe (już w klinice).
- Należy zdjąć i pozostawić w domu kolczyki, pierścionki, łańcuszki, zapinki do włosów.
- Trzeba po zabiegu mieć zapewniony transport do domu z towarzyszącą dorosłą osobą
- Nie wolno 24 godziny po zabiegu pić alkoholu, prowadzić pojazdów, obsługiwać urządzeń mechanicznych.
- W czasie 24 godzin po zabiegu należy unikać podejmowania ważnych decyzji.

Zespół Anestezjologów
Centrum Medycznego Damiana Holding Sp. z o.o.

Imię i nazwisko

Proszę o zakreślenie właściwej odpowiedzi, wpisanie informacji dużymi literami lub odpowiednie zakreślenie:

lat kg

Wiek Waga Wzrost

- Czy znajdował/a się Pani/Pan ostatnio pod opieką lekarską z powodu przewlekłej choroby?
 TAK NIE
- Czy jest Pani w ciąży (data ostatniej miesiączki)
 TAK NIE
- Czy przyjmuje Pani/Pan na stałe jakieś leki?
 TAK NIE

W przypadku odpowiedzi „TAK” proszę uzupełnić tabelę:

Nazwa leku	Dawka i postać leku	Dawkowanie (częstotliwość przyjmowania)

- Czy poza w/w lekami przyjmuje Pani/Pan dodatkowo:

– Inne leki wydawane bez recepty (OTC)

TAK NIE jakie

– Witaminy, sole mineralne, suplementy

TAK NIE jakie

– Krople do oczu, uszu, nosa

TAK NIE jakie

– Leki wziewne, plastry, kremy, maści, leki do wstrzykiwania, próbki leków

TAK NIE jakie

- Czy brał/a Pan/Pani w ciągu ostatnich 10 dni leki przeciw grypowe, przeciwbólowe, obniżające krzepliwość, przeciwreumatyczne np. Aspirynę, Acard lub inne?

TAK NIE jakie

Data urodzenia

- Czy przebył/a Pan / Pani dotychczas operacje (przykład: „woreczek 1974”, „zabieg ginekologiczny 1985”)?

TAK NIE

W przypadku odpowiedzi „TAK” proszę napisać jakie

- Czy w czasie znieczulenia podczas zabiegu wystąpiło uczulenie, wymioty lub inne objawy?

TAK NIE, jakie

Czy jest Pani/Panu wiadomo że chorował/a lub choruje Pan/Pani na którąś z podanych poniżej chorób:

- Choroby mięśni, wiotkość mięśni?

TAK NIE, jakie

- Czy wiotkość mięśni występowały lub występują u krewnych?

TAK NIE

- Choroby serca (np. zawał serca, choroba wieńcowa, wada serca, zapalenie mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu serca, inne?)

TAK NIE, jakie

- Czy choruje Pani/Pan na nadciśnienie tętnicze?

TAK NIE, jakie

- Choroby płuc i dróg oddechowych (gruźlica, pylica, zapalenie płuc, rozedma, astma oskrzelowa, inne?)

TAK NIE, jakie

- Choroby wątroby (np. żółtaczką, marskość i inne)?

TAK NIE, jakie

- Czy ma Pani/Pan żyłaki kończyn dolnych (nóg)?

TAK NIE

- Choroby nerek (np. zapalenie, kamica, inne)?

TAK NIE, jakie

- Zaburzenia przemiany materii np. cukrzyca?

TAK NIE, jakie

- Choroby tarczycy (np. niedoczynność, nadczynność, powiększenie tarczycy, inne)?

TAK NIE, jakie

- Choroby oczu (np. jaskra, zaćma, inne)?

TAK NIE, jakie

- Choroby układu nerwowego (np. padaczka, niedowład, inne)?

TAK NIE, jakie

- Czy był/a Pan/Pani leczona z powodu chorób psychicznych (np. nerwicy, depresji, inne)?

TAK NIE, jakie

- Choroby układu kostnego (kręgosłupa, stawów, inne)?

TAK NIE, jakie

- Czy choruje Pani/Pan na choroby przewodu pokarmowego np. na owrzodzenie żołądka lub dwunastnicy?

TAK NIE, jakie