



ZNIECZULENIE – KWALIFIKACJA I ZGODA

Dane Pacjenta (wypełnia Opiekun Prawny)												
Imię:						Numer kartoteki:						
Nazwisko:						Płeć:	<input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> K			
Data urodzenia:			/									
	Dzień			Miesiąc								
					Rok	PESEL*:						
Adres zamieszkania /Oddział:												
Masa ciała [kg]:						Wzrost [cm]:						

* w przypadku noworodka- nr PESEL matki; Przy braku nr PESEL- nazwa i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Prosimy o wypełnienie poniższej ankiety przed rozmową z anestezjologiem zaznaczając TAK lub NIE. Prosimy o podanie dodatkowych szczegółów tam, gdzie to konieczne. Jeśli pytanie jest niejasne proszę wyjaśnić wątpliwości w trakcie rozmowy z anestezjologiem. Prosimy o dostarczenie kart wypisowych z pobytów szpitalnych i ewentualnych zaświadczeń od specjalistów/ wyników badań.

Informacje o stanie zdrowia

(nie dotyczy przypadku ponownego znieczulenia w trakcie tej samej hospitalizacji)

Czy Państwa Dziecko rozwija się prawidłowo?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy jest coś, co sprawia mu problemy (np. trudności z poruszaniem, zaburzenia połykania, niedosłuch, inne)?		
Czy Państwa Dziecko było już kiedyś operowane w znieczuleniu/ znieczulane z innych przyczyn? Jeżeli NIE to można pominąć następane pytanie. Jeżeli TAK to, kiedy i z jakiego powodu?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy w trakcie dotychczasowych znieczuleń były jakieś problemy (np. kłopoty z wybudzaniem, wymioty, problemy z oddychaniem, chrypka, inne)?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli TAK to, jakie?		
Czy u Państwa lub krewnych były jakieś problemy związane ze znieczuleniem?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli TAK to, kiedy, jakie, u kogo?		
Czy Państwa Dziecko jest pod opieką specjalisty?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli TAK to, jakiego i z jakiego powodu?		
Ile razy do roku Państwa dziecko choruje na przeziębienia, anginę, zapalenie oskrzeli/ płuc, inne? Kiedy ostatnio?		
Czy Państwa Dziecko przyjmuje obecnie jakieś leki?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Nazwa, dawka, ile razy, kiedy?		
Czy Państwa Dziecko w ciągu ostatniego miesiąca miało kontakt z chorobą zakaźną? (ospa wietrzna, krztusiec, odra, świnka, różyczka, inne)?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jaką, kiedy?		
Czy Państwa Dziecko jest szczepione zgodnie z kalendarzem szczepień?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Gdy szczepienie odbyło się w ostatnich 2 tyg. to kiedy i jaką szczepionką?		
Czy było szczepione przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby (WZW)?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Czy u Państwa dziecko rozpoznawano obecnie lub kiedykolwiek, któreś z poniższych?:								
Problemy z oddychaniem (np. świszczący oddech, ciężki oddech, duszność)			<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE				
W jakich okolicznościach (np. infekcja, wysiłek, sen, karmienie, inne) ?								
Głośne chrapanie, bezdechy w nocy, budzi się spocone z lękiem, nie wysypia się			<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE				
Sinicę (sine usta, paznokcie)			<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE				
Uczulenie/ Alergię –zmiany na skórze, katar, uporczywy kaszel			<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE				
Jeżeli TAK to, na jakie substancje, w jakich okolicznościach?								
Rozpoznaną astmę oskrzelową			<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE				
Problemy z sercem (wada serca, zaburzenia rytmu, szmer, inne)			<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE				
Jakie, kiedy?								
Padaczkę	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Napad padaczki w ostatnich 6 miesiącach	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE			
Drgawki gorączkowe	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Inne choroby układu nerwowego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE			
Jakie?								
Utratę przytomności	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Uraz głowy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE			
Cukrzycę	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Chorą tarczycę	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE			
Inne choroby hormonalne			<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE				
Jakie?								
Czy przyjmuje doustne środki antykoncepcyjne?			<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE				
Choroby nerek, dróg moczowych			<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE				
Jakie, kiedy?								
Zapalenie wątroby lub inne choroby wątroby (żółtaczka i inne)			<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE				
Jakie, kiedy?								
Problemy z niespodziewanym krwawieniem u dziecka (krwawienia z nosa, siniaki, przedłużone krwawienie przy skaleczeniu, inne):			<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE				
Problemy z krwawieniem u Państwa krewnych?			<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE				
Jakie, u kogo?								
Problemy z zębami (np. ruszające się zęby, aparaty ortodontyczne, protezy)			<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE				
Jakie, kiedy?								
Czy u dziecka lub u Państwa krewnych rozpoznano/podejrzewano?								
Choroby mięśni	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Gorączkę złośliwą	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Porfirię	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli inne, to, jakie?								
Czy macie Państwo inne uwagi dotyczące stanu zdrowia dziecka?			<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE				
Jakie?								
Data, imię i nazwisko oraz stopień pokrewieństwa osoby wypełniającej ankietę			Piecątka i podpis lekarza weryfikującego ankietę					

Dane medyczne dotyczące Pacjenta (wypełnia lekarz anestezjolog)												
ROZPOZNANIE												
Planowany zabieg:												
Data zabiegu:	d	d	/	m	m	/	r	r	r	Tryb:	<input type="checkbox"/> Planowy	<input type="checkbox"/> Nagły
<input type="checkbox"/> Cechy infekcji	<input type="checkbox"/> Uczulenie na latex	<input type="checkbox"/> Astma oskrzelowa	<input type="checkbox"/> Ryzyko krwawienia	<input type="checkbox"/> Pełny żołądek/aspiracja								
<input type="checkbox"/> Sterydoterapia	<input type="checkbox"/> Ryzyko BZW	<input type="checkbox"/> Trudna intubacja	<input type="checkbox"/> Hipertermia złośliwa	<input type="checkbox"/> Inne.....								
Uczulenia inne niż na latex:										<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Jakie?												
Górne drogi oddechowe prawidłowe			<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Mallampati (I, II, III, IV)						
Uwagi:												
Układ oddechowy prawidłowy										<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Czy opiekunowie palą papierosy?										<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Układ krążenia prawidłowy										<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
NYHA:	I	II	III	IV	Uwagi:							
Stan neurologiczny prawidłowy										<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
PONV* (skala 1 do 4 punktów) TAK, jeżeli 2 lub więcej punktów										<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
<small>*1p -wiek ≥ 3 lat; 1p -operacja >30 min; 1p -PONV w wywiadzie –również u rodziców i rodzeństwa; 1p -operacja zeza</small>												
Inne istotne odchylenia w badaniu fizykalnym										<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Jakie?												
Problemy w trakcie poprzednich znieczuleń:												
Istotne odchylenia w badaniach dodatkow.:												
Konieczne dodatkowe badania/ konsultacje:												
KWALIFIKACJA DO ZNIECZULENIA:		<input type="checkbox"/> Zakwalifikowany			<input type="checkbox"/> Zakwalifikowany warunkowo do zniecz. ogólnego							
		<input type="checkbox"/> Niezakwalifikowany			<input type="checkbox"/> Zakwalifikowany warunkowo do zniecz. regionalnego							
Przyczyna dyskwalifikacji/ kwalifikacji warunkowej:												
Uwagi (np. specyficzne wymagania dotyczące znieczulenia, ułożenia pacjenta itp.):												
Data					Pieczętka i podpis anestezjologa							

ZGODA NA ZNIECZULENIE I ZWIĄZANE Z NIM ZABIEGI

Ja niżej podpisany/a, rodzic /opiekun prawny wyżej wymienionego dziecka potwierdzam, że odbyłem rozmowę z lekarzem Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii, dotyczącą proponowanego znieczulenia i/lub związanych z nim zabiegów:

Rozmowa wyjaśniająca z anestezjologiem			
Podczas rozmowy z lekarzem anestezjologiem konieczna jest obecność jednego z rodziców. Postępowanie anestezjologiczne zostanie przedstawione również dziecku w formie adekwatnej do jego wieku.			
Proponowane znieczulenie (wypełnia lekarz anestezjolog):			
<input type="checkbox"/> ogólne	<input type="checkbox"/> zewnątrzoponowe/podpajęczynówkowe	<i>Data, podpis i pieczętka lekarza anestezjologa</i>	
<input type="checkbox"/> inne.....	<input type="checkbox"/> Inne niezbędne zabiegi, w tym:		
<input type="checkbox"/> Intubację tchawicy	<input type="checkbox"/> Cewnikowanie dużych żył <input type="checkbox"/> Cewnikowanie tętnicy		
Stwierdzam, że wyjaśniono istotę znieczulenia oraz zabiegów dodatkowych			
Zakwalifikowano pacjenta wg ASA do grupy	I II IIIa IIIb IV V		
Wypełniają rodzice / prawny opiekun: (proszę podpisać niniejszą zgodę po przeprowadzonej rozmowie wyjaśniającej z lekarzem)			
Oświadczamy, że:			
<ul style="list-style-type: none"> • Zostały nam wyjaśnione: sposób znieczulenia dziecka, ryzyko proponowanej metody znieczulenia, alternatywne sposoby postępowania, wszelkie możliwe do przewidzenia powikłania, okoliczności zwiększające ryzyko wystąpienia powikłań, zabiegi przygotowujące oraz towarzyszące (w tym prawdopodobieństwo przetaczania krwi). • Mieliliśmy możliwość zadawania pytań. Na nasze pytania uzyskaliśmy całkowite i w pełni zrozumiałe wyjaśnienie. W przypadku dalszych pytań możemy się w każdej chwili zwracać do lekarza prowadzącego leczenie, a poprzez niego do anestezjologa. • Przed rozpoczęciem leczenia operacyjnego udzieliłem/-am lekarzowi pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które zostały zadane przez lekarza w trakcie wywiadu lekarskiego. 			
Po wnikliwym namyśle wyrażamy zgodę na:			
<ul style="list-style-type: none"> • Zastosowanie, proponowanego naszemu dziecku, sposobu znieczulenia. • Wykonanie zabiegów związanych ze znieczuleniem, wyjaśnionych nam przez lekarza. 			
Zrozumieliśmy, że:			
<ul style="list-style-type: none"> • Znieczulenie będzie wykonane przez lekarza Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii. • Dodatkowe zabiegi uzasadnione potrzebami medycznymi zostaną wykonane tylko w razie bezwzględnej potrzeby, dla dobra naszego dziecka. • Istnieje ryzyko wystąpienia powikłań w trakcie znieczulenia, o których zostaliśmy poinformowani. 			
Uwagi (proszę wpisać, jeżeli nie wyrażają Państwo zgody na jakieś postępowanie):			
Imię i nazwisko matki/ opiekuna prawnego		Podpis, data:	
Imię i nazwisko ojca/		Podpis, data:	
Zgoda pacjenta (jeśli ukończył 16 lat):		Podpis, data:	

UWAGA - w przypadku braku jednego z przedstawicieli ustawowych podpisujący zgodę oświadcza, że nieobecny przedstawiciel ustawowy nie wyraża sprzeciwu i zgadza się na przeprowadzenie procedury zgodnie ze stanem faktycznym.

Podstawa prawna: Zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. nr 52, poz. 417 z dnia 31 marca 2009 roku z póź. zmianami)