

## ŚWIADOMA ZGODA NA ZNIECZULENIE DO ZABIEGU

Imię i nazwisko pacjenta ..... PESEL .....

### INFORMACJA DLA PACJENTA

**/ prosimy uważnie przeczytać /**

Zabieg diagnostyczny lub operacyjny, który będzie u Pana(-i) przeprowadzony wymaga wykonania znieczulenia, w trakcie którego nad Pana(-i) bezpieczeństwem będzie czuwać lekarz anestezjolog oraz pielęgniarka anestezjologiczna. W dniu poprzedzającym zabieg planowy lub krótko przed zabiegiem lekarz anestezjolog zbada Pana(-ią), by zapoznać się z Pana(-i) ogólnym stanem zdrowia i dokonać wyboru metody znieczulenia, w czym pomocą będzie rzetelnie wypełniona Ankieta Anestezjologiczna. W czasie tego badania lekarz udzieli niezbędnych informacji, odpowie również na Pana(-i) pytania dotyczące znieczulenia, wiążącego się z nim ryzyka i ewentualnych powikłań.

**Ze względu na ryzyko aspiracji treści pokarmowej do płuc** - w dniu zabiegu prosimy powstrzymać się od napojów minimum 4 godziny, pokarmów stałych minimum 6 godzin przed zabiegiem. W dniu zabiegu nie wolno spożywać alkoholu ! Po zabiegu nie można prowadzić pojazdów mechanicznych, wykonywać prac na wysokości a Centrum można opuścić pod opieką osoby dorosłej. Nie powinno się też podejmować decyzji mających skutki prawne.

Okolo 30 minut przed operacją zostanie Panu(-i) podana tzw. premedykacja w postaci zastrzyku lub tabletki, którą należy popić jednym łykiem czystej wody niegazowanej. Celem premedykacji jest łagodne przygotowanie do wykonania właściwego znieczulenia, może więc wystąpić uczucie senności.

#### **Rodzaje stosowanych znieczuleń:**

**Znieczulenie ogólne (tzw. narkoza)** – polega na podaniu dożylnym lub dożylnym i wziewnym środków usypiających, znieczulających i ew. zmiotczających mięśnie, co umożliwia bezbolesne przeprowadzenie zabiegu. Stosowanie środków zmiotczających jest związane z koniecznością intubacji (założenie rurki dotchawiczej) dla zapewnienia oddechu zastępczego. Odwrócenie działania tych środków następuje na sali zabiegowej. Po zabiegu pacjent jest poddawany dalszej obserwacji do czasu, aż anestezjolog uzna zdolność pacjenta do opuszczenia oddziału.

**Znieczulenie regionalne** (podpajęczynówkowe, zewnątrzoponowe, blokada splotów i nerwów obwodowych) – polega na podaniu środków miejscowo znieczulających, co powoduje czasowe zniesienie przewodzenia bodźców bólowych, czasem z osłabieniem lub utratą siły mięśniowej w znieczulonym obszarze, ale bez zniesienia świadomości.

**Sedacja / Analgosedacja** – polega na stosowaniu środków uspokajających i przeciwbólowych jako uzupełnienia znieczulenia miejscowego, co ma zapewnić większy komfort pacjentowi w trakcie zabiegu.

#### **Możliwe powikłania i objawy uboczne**

Do najczęściej występujących zalicza się:

- ból gardła po intubacji
- nudności i wymioty
- ból głowy i bóle w okolicy kręgosłupa po znieczuleniu podpajęczynówkowym
- przejściowe uczucie trudności w oddychaniu
- uszkodzenia zębów, warg, języka, strun głosowych po intubacji
- nietypowe reakcje alergiczne na stosowane środki
- przemijające trudności w oddawaniu moczu

Do ciężkich, bardzo rzadko występujących powikłań zalicza się m. in.:

- aspiracja treści pokarmowej do płuc i ciężka niewydolność oddechowa
- gorączka złośliwa
- zatrzymanie krążenia i zgon

# PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

*/ wypełnia pacjent, jeżeli nie może – rodzina lub opiekun prawny /*

Imię i nazwisko ..... PESEL .....

Wiek ..... (lat)    Wzrost ..... (cm)    Waga ..... (kg)    Oddział .....

Zabieg .....

**Ankieta prosimy wypełnić zaznaczając krzyżykiem właściwą odpowiedź**

## 1. Czy leczył się Pan(-i) w przeszłości lub obecnie z powodu:

- |  |            |                          |            |                          |                 |
|--|------------|--------------------------|------------|--------------------------|-----------------|
| - nadciśnienia tętniczego                              | <b>tak</b> | <input type="checkbox"/> | <b>nie</b> | <input type="checkbox"/> | <b>nie wiem</b> |
| <input type="checkbox"/>                               |            |                          |            |                          |                 |
| - zawału lub niedotlenienia serca                      | <b>tak</b> | <input type="checkbox"/> | <b>nie</b> | <input type="checkbox"/> | <b>nie wiem</b> |
| <input type="checkbox"/>                               |            |                          |            |                          |                 |
| - zaburzeń rytmu lub innych chorób serca .....         | <b>tak</b> | <input type="checkbox"/> | <b>nie</b> | <input type="checkbox"/> | <b>nie wiem</b> |
| <input type="checkbox"/>                               |            |                          |            |                          |                 |
| - cukrzycy ( insulina czy tabletki )                   | <b>tak</b> | <input type="checkbox"/> | <b>nie</b> | <input type="checkbox"/> | <b>nie wiem</b> |
| <input type="checkbox"/>                               |            |                          |            |                          |                 |
| - gruźlicy   | <b>tak</b> | <input type="checkbox"/> | <b>nie</b> | <input type="checkbox"/> | <b>nie wiem</b> |
| <input type="checkbox"/>                               |            |                          |            |                          |                 |
| - astmy lub zapaleń płuc                               | <b>tak</b> | <input type="checkbox"/> | <b>nie</b> | <input type="checkbox"/> | <b>nie wiem</b> |
| <input type="checkbox"/>                               |            |                          |            |                          |                 |
| - choroby wrzodowej żołądka lub dwunastnicy            | <b>tak</b> | <input type="checkbox"/> | <b>nie</b> | <input type="checkbox"/> | <b>nie wiem</b> |
| <input type="checkbox"/>                               |            |                          |            |                          |                 |
| - chorób nerek lub układu moczowego                    | <b>tak</b> | <input type="checkbox"/> | <b>nie</b> | <input type="checkbox"/> | <b>nie wiem</b> |
| <input type="checkbox"/>                               |            |                          |            |                          |                 |
| - chorób wątroby, żółtaczk ( zakaźna czy mechaniczna ) | <b>tak</b> | <input type="checkbox"/> | <b>nie</b> | <input type="checkbox"/> | <b>nie wiem</b> |
| <input type="checkbox"/>                               |            |                          |            |                          |                 |
| - chorób tarczycy ( nadczynność czy niedoczynność )    | <b>tak</b> | <input type="checkbox"/> | <b>nie</b> | <input type="checkbox"/> | <b>nie wiem</b> |
| <input type="checkbox"/>                               |            |                          |            |                          |                 |
| - żylaków lub zapalenia żył                            | <b>tak</b> | <input type="checkbox"/> | <b>nie</b> | <input type="checkbox"/> | <b>nie wiem</b> |
| <input type="checkbox"/>                               |            |                          |            |                          |                 |
| - jaskry lub innych chorób oczu .....                  | <b>tak</b> | <input type="checkbox"/> | <b>nie</b> | <input type="checkbox"/> | <b>nie wiem</b> |
| <input type="checkbox"/>                               |            |                          |            |                          |                 |

- padaczki, udaru mózgowego lub porażenia ..... **tak**  **nie**  **nie wiem**
- zaburzeń krzepnięcia, skłonności do sińców lub krwawień ..... **tak**  **nie**  **nie wiem**
- miastenii lub innych chorób mięśni ..... **tak**  **nie**  **nie wiem**
- depresji lub nerwicy ..... **tak**  **nie**  **nie wiem**

2. Prosimy wymienić inne choroby, z powodu których się Pan(-i) leczy: .....

.....

- 3. Czy w ostatnich dniach wystąpiły u Pana(-i) objawy infekcji ..... **tak**  **nie**  **nie wiem**
- 4. Czy jest Pan(-i) na coś uczulony? ..... **tak**  **nie**  **nie wiem**

Prosimy wymienić uczulenia .....

2/4

- 5. Czy był Pan(-i) już poddany(-a) zabiegowi w znieczuleniu? ..... **tak**  **nie**  **nie wiem**

Jaki to był zabieg i kiedy się odbył? .....

.....

Czy wystąpiły powikłania, jakie? .....

- 6. Czy miał Pan(-i) wykonywaną transfuzję krwi? ..... **tak**  **nie**  **nie wiem**

Czy wystąpiły powikłania, jakie? .....

- 7. Czy wystąpił u Pana(-i) znaczny spadek wagi ciała? Jeżeli tak, to ile ..... kg w ciągu ilu .....  
..... mies.

- 8. Czy u kogoś z Pana(-i) krewnych wystąpiły choroby mięśni? ..... **tak**  **nie**  **nie wiem**

- 9. Czy u kogoś z Pana(-i) krewnych wystąpiły powikłania ..... **tak**  **nie**  **nie wiem**  
  
po zabiegach?

10. Ile papierosów pali Pan(-i) dziennie: >20 † 10-20 † <10 † nie palę  
wcale †

11. Jak często pije Pan(-i) alkohol? często † rzadko † sporadycznie † nie piję wcale  
†

12. Czy nosi Pan(-i) protezy zębowe lub szkła kontaktowe? tak † nie †

13. Dotyczy kobiet – czy jest pani w ciąży? tak † nie † nie wiem  
†

14. Prosimy wymienić wszystkie zażywane leki : .....

.....

15. Czy występują u Pana(-i) wady: serca tak † nie † ; wzroku tak † nie † ; słuchu tak †  
nie †

Planowane znieczulenie: analgosedacja + znieczulenie miejscowe, zn. odcinkowe dożylnie,  
zn. podpajęczynówkowe, zn. zewnątrzoponowe, blokada splotu nerwowego, zn. ogólne

#### OŚWIADCZENIE ZGODY NA ZABIEG I ZNIECZULENIE

Oświadczam, że zostałem(-łam) poinformowany(-a) przez lekarza anestezjologa o celach i skutkach planowanego znieczulenia, jak również o możliwych powikłaniach, w sposób satysfakcjonujący mnie, bez potrzeby uzyskania dalszych wyjaśnień. Oświadczam, że Ankiety zrozumiłem(-am) i na wszystkie pytania odpowiedziałem(-am) zgodnie z prawdą. Miałem (-łam) możliwość zadawania pytań i nie mam więcej pytań.

Wyrażam zgodę na **zaplanowane znieczulenie** i ewentualną zmianę rodzaju znieczulenia wynikającą z sytuacji medycznej. Wyrażam również zgodę na inne procedury medyczne, które mogą być niezbędne przed, w trakcie i po zabiegu, w tym **transfuzję krwi i preparatów krwiopochodnych / nie wyrażam zgody na transfuzję krwi i preparatów krwiopochodnych.**

Data .....

Podpis pacjenta .....

3/4

#### WYPEŁNIA LEKARZ ANESTEZJOLOG

KONSULTACJA ANESTEZJOLOGICZNA: ABP ..... mmHg. HR ...../min. ASA .....

#### Warunki anatomiczne

Do intubacji: MP1 † MP2 † MP3 † MP4 † otyłość / krótka szyja †

Ruchomość szyi: pełna † ograniczona † brak † zżsk †

Wywiad anestezyjologiczny: przebyta trudna intubacja † ruhome zęby †

**Pacjent(-ka) jest: ZAKWALIFIKOWANA / NIE ZAKWALIFIKOWANA do zabiegu**

**w znieczuleniu:** analgesedacja + znieczulenie miejscowe, zn.odcinkowe dożylne, zn. ogólne  
zn. podpajęczynówkowe, zn. zewnątrzoponowe, blokada splotu nerwowego

Potwierdzam, że pacjent(-ka) został(-a) poinformowana o planowym znieczuleniu, jego celach  
i ew. powikłaniach.

**Pacjent poinformowany o zwiększonym ryzyku powikłań okołoperacyjnych ze względu na**

**współistniejące schorzenia: tak † nie † nie dotyczy †**

**Badania laboratoryjne:**

Grupa krwi i Rh ..... K+ ..... Kreatynina .....

Hb ..... Ht ..... PLT .....

APTT ..... PT ..... INR .....

TSH ..... fT3 ..... fT4 .....

Inne .....

**Premedykacja:** ..... min. przed zabiegiem

.....

**Zalecenia dodatkowe** .....

*Data* ..... *Podpis i pieczęć anestezyjologa* .....