



## ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

**Imię i nazwisko** .....

**PESEL** .....

**Planowane badanie**.....

Konsultacja anestezjologiczna.....

### Szanowna Pani/ Szanowny Panie

Podczas spotkania z anestezjologiem uzyskacie Państwo dokładne informacje o planowanym znieczuleniu, jego zaletach, możliwości powikłań oraz opiece po znieczuleniu. W czasie tej rozmowy można zadawać pytania i otrzymać wyjaśnienia dotyczące wszystkich nurtujących Państwo problemów.

### Ze względu na znieczulenie należy przestrzegać poniższych zaleceń:

- przynajmniej 4 godziny przed znieczuleniem nie jeść, nie pić,
- rano, w dniu badania popić minimalną ilością płynu niezbędne leki, których przyjęcie uzgodniono wcześniej z anestezjologiem,
- zabrać ze sobą wypisy z poprzednich pobytów w szpitalu ( Karta Wypisu) opisy poprzednich badań endoskopowych, ostatnie wyniki badań związane z przebytymi/ obecnymi chorobami,
- przed wejściem na salę endoskopową należy:
  - wyjąć protezy dentystyczne, zarówno częściowe jak i pełne,
  - zdjąć okulary, aparaty słuchowe.
  -

### Po badaniu w znieczuleniu należy:

- mieć towarzystwo osoby dorosłej,
- mieć zapewnioną do rana następnego dnia opiekę osoby dorosłej,
- nie kierować pojazdami mechanicznymi przez 24 godziny po znieczuleniu,
- mieć dostęp do telefonu i w razie wątpliwości kontaktować się z lekarzem wykonującym badanie lub gdy nie jest on osiągalny, a dzieje się coś niepokojącego – z lekarzem pierwszego kontaktu lub pogotowiem ratunkowym.

Na spotkanie z anestezjologiem dostarczyć prosimy aktualne wyniki następujących badań:

- morfologia krwi, poziom glukozy, jonogram (Na, K), INR, APTT, Ekg , TSH – przy chorobach tarczycy).

Poniżej umieszczona została ANKIETA , którą prosimy wypełnić przed konsultacją anestezjologiczną. Ankieta ta pomoże w zaplanowaniu właściwego postępowania medycznego. Dane te objęte będą tajemnicą lekarską. Prosimy o dokładne zapoznanie się z Ankieta i dokładne jej wypełnienie co pozwoli na bezpieczne przeprowadzenie znieczulenia w czasie badania endoskopowego.



## ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

**Imię i nazwisko** .....

**PESEL** .....

wiek.....; waga.....kg; wzrost.....cm.

Znane alergie (uczulenia) na leki i inne substancje:.....

.....

Obecnie zażywane leki (regularnie i doraźnie) i ich dawki:.....

.....

.....

Przebyte zabiegi operacyjne (rodzaj i rok w którym był zabieg);.....

.....

Przebyte hospitalizacje ( przyczyna i rok, w którym się odbyła):.....

.....

**Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania ; prawidłową odpowiedź otoczyć kołem.**

**Czy choruje Pan/ Pani na następujące choroby:**

Choroby serca.....	Tak/Nie
.....	
Bóle w klatce piersiowej.....	Tak/Nie
Nadciśnienie tętnicze.....	Tak/Nie
Astma oskrzelowa, zapalenie oskrzeli.....	Tak/Nie
Inne choroby płuc.....	Tak/Nie
Duszność przy wysiłku.....	Tak/Nie
Cukrzyca.....	Tak/Nie
Choroby tarczycy.....	Tak/Nie
Choroby nerek lub kłopoty z oddawaniem moczu.....	Tak/Nie
Padaczka lub inne choroby neurologiczne.....	Tak/Nie
Anemia lub inne choroby krwi.....	Tak/Nie
Żylaki kończyn dolnych.....	Tak/Nie
Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy.....	Tak/Nie
Inne poważne schorzenia.....	Tak/Nie
Czy pali Pan/Pani papierosy?(ile na dzień; ile lat).....	Tak/Nie
Czy ma Pan/Pani ruchome zęby, mostki, protezy?.....	Tak/Nie
Czy ma Pan/Pani rozrusznik lub jakieś implanty?.....	Tak/Nie
Kobiety: czy jest Pani w ciąży?.....	Tak/Nie



## ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

**Imię i nazwisko** .....

**PESEL** .....

Czy stosuje Pani antykoncepcję hormonalną lub hormonalną terapię zastępczą Tak/Nie

Czy były u Pani/Pana członków rodziny jakieś problemy ze znieczuleniem Tak/Nie

Jakie?.....

Czy jest jeszcze coś, o czym powinien widzieć lekarz anestezjolog? Tak/Nie

Uwagi/konsultacje

W przypadkach uzasadnionych bezpieczeństwem pacjenta zabieg może zostać przesunięty na inny termin.

Najczęstszymi przyczynami takiego postępowania są obecność niewyrównanej choroby współistniejącej, ostra infekcja, spożyty niedawno posiłek, brak podstawowych badań.

### Zgoda na znieczulenie

Wyrażam zgodę na proponowane znieczulenie. Założenia, cele, stopień ryzyka z nim związany, możliwości powikłań z niego wynikających zostały mi przedstawione w sposób dla mnie zrozumiały. Potwierdzam tym samym, że udzielono mi wszelkich niezbędnych informacji na temat znieczulenia. Jednocześnie zapewniam, iż przekazałem wszystkie i prawdziwe informacje o aktualnym swoim stanie zdrowia i przebytych chorobach. Potwierdzam i zapewniam, że składam niniejsze oświadczenie świadomie i swobodnie co do podjęcia decyzji, jak i wyrażenia woli, nie będąc wprowadzonym w błąd przez kogokolwiek, nie działając pod wpływem błędu wywołanego przez kogokolwiek. Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na której podjęcie miałam/ -em wystarczającą ilość czasu, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Oświadczam, że nie zataiłem /łam istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań oraz przebytych oraz istniejących chorób.

Wyrażam zgodę na proponowane znieczulenie .....

podpis pacjenta

Na podstawie wywiadu, badania przedmiotowego i przedstawionej dokumentacji medycznej oraz po wyrażeniu świadomej zgody Pacjentka/ Pacjent został zakwalifikowany/-a do znieczulenia .

Data badania:.....

.....

podpis anestezjologa