

WYWIAD ZDROWOTNY PRZED OPERACJĄ DOROŚLI (od 16 r.ż.)*Strony od 1 do 4 należy uzupełnić przed konsultacją anestezjologiczną*

Nazwisko i imię :

Waga: kg

Data urodzenia: Tel.:

Wzrost : cm**INFORMACJE OGÓLNE**

Lekarz anestezjolog usypia i znieczula pacjenta na czas operacji. Stosując odpowiednie leki uzyskuje okresowe ograniczenie czynności ośrodkowego układu nerwowego – czyli znieczulenie ogólne = narkoza = anestezja. W zależności od rodzaju operacji, w porozumieniu z chirurgiem, decyduje o rodzaju znieczulenia. Podczas trwania operacji kontroluje ważne funkcje życiowe jak: oddychanie, krążenie krwi, a po jej zakończeniu wybudza pacjenta.

RODZAJE ZNIECZULEŃ**Ogólne – narkoza**

Wyłącza świadomość i tym samym odczuwanie bólu. Pacjent znajduje się w stanie podobnym do snu. Leki podawane są dożylnie poprzez pompę infuzyjną. W celu zapewnienia odpowiedniego oddychania stosowane są: maska twarzowa, maska krtaniowa lub intubacja dotchawicza. Maski krtaniowe to najnowocześniejszy sprzęt anestezjologiczny, zapewniający przepływ gazów oddechowych a nie podrażniający krtani, strun głosowych czy tchawicy, dzięki czemu okres zasypiania i budzenia się po operacji przebiega dużo łagodniej. Zarówno maska krtaniowa, jak i rurka intubacyjna wkładane są po zaśnięciu pacjenta, a usuwane we wczesnej fazie budzenia po operacji.

Sedacja – uspokojenie

Uzyskiwana jest poprzez dożylnie podanie leków. Doprowadza do stanu senności, likwiduje lęk i niepokój związany z zabiegiem, ale świadomość pacjenta jest zachowana. Na ogół jest połączona ze znieczuleniem regionalnym.

Regionalne (np. dolędźwiowe, barkowe, miejscowe)

Znosi odczuwanie bólu w określonych obszarach ciała lub w bezpośredniej okolicy rany operacyjnej. Na przykład w znieczuleniu dolędźwiowym środek znieczulający jest wstrzykiwany w określonym miejscu kręgosłupa w okolicy nerwów wychodzących z rdzenia kręgowego. Podczas zabiegu pacjent pozostaje świadomy.

Dla każdego pacjenta wybierane jest takie znieczulenie, które najmniej obciąża organizm i jednocześnie zezwala na precyzyjne przeprowadzenie danej operacji.

Pacjenci często zadają pytanie, jakie jest ryzyko narkozy? Odpowiedź brzmi: zagrażające zdrowiu czy życiu powikłania są niezmiernie rzadkie. **Można im zapobiec poprzez następujące działania, które zapewniamy naszym pacjentom:**

- dokładną ocenę stanu zdrowia pacjenta,
- analizę wyników badań dodatkowych,
- analizę przebiegu poprzednich operacji,
- analizę chorób występujących w najbliższej rodzinie,
- ścisłą współpracę anestezjologa z chirurgiem,
- stosowanie bezpiecznych (nowej generacji) leków do znieczulenia; są one łatwo kontrolowalne, bezpieczne, krótko działające i redukują niepożądane objawy po operacji, takie jak nudności, wymioty, długa senność,
- wybór optymalnego rodzaju znieczulenia,
- zapewnienie odpowiedniej opieki pielęgniarskiej.

W celu uzyskania ważnych informacji o Pana/i stanie zdrowia przygotowaliśmy ankietę anestezjologiczną. Proszę o wnikliwe wypełnienie ankiety i przyniesienie jej na konsultację anestezjologiczną wraz z posiadaną dokumentacją medyczną, jak: oryginały wyników badań, karty informacyjne, zdjęcia rtg itp.

I. Wywiad Ogólny Proszę otoczyć kółkiem właściwą odpowiedź: (T= TAK, N= NIE)

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|---|
| 1. Przebyte operacje / zabiegi. | T | N | Odpowiedzi TAK (punkty 1-11) proszę opisać |
| 2. Powikłania podczas przebytych znieczuleń | T | N | |
| 3. Powikłania związane ze znieczuleniem w najbliższej rodzinie | T | N | |
| 4. Czy miał(a) Pan/i przetaczaną krew? | T | N | |
| 5. Czy znajduje się Pan/i pod opieką lekarza z powodu przewlekłej choroby? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. Czy przyjmuje Pan/i na stałe leki ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. Czy przyjmuje Pan/i środki nasenne, uspokajające, narkotyczne, nikotynowe (papierosy, cygara)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. Czy pije Pan/i regularnie alkohol (jak często)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. Czy jest/może Pani być w ciąży? | T | N | |
| 10. Czy brał(a) Pan/i w ciągu ostatnich 14 dni leki przeciw grypowe, przeciwbólowe, obniżające krzepliwość, przeciwreumatyczne, leki z kwasem acetylosalicylowym np. Aspiryna? | T | N | |
| 11. Czy uprawia Pan/i sport wyczynowo (regularnie)? | T | N | |

Czy leczy bądź leczyl(a) się Pan/i z powodu następujących chorób?

12. Układ krążenia

- | | | |
|------------------------|---|---|
| nadciśnienie | T | N |
| choroba wieńcowa | T | N |
| zawał serca | T | N |
| zaburzenia rytmu | T | N |
| żylaki kończyn dolnych | T | N |

13. Układ oddechowy

- | | | |
|--------------------------------------|---|---|
| zapalenia płuc, oskrzeli | T | N |
| przewlekłe zapalenie oskrzeli, POCHP | T | N |
| astma oskrzelowa | T | N |
| rozedma płuc | T | N |
| gruźlica | T | N |

14. Choroby wątroby

- | | | |
|-----------|---|---|
| Żółtaczka | T | N |
| marskość | T | N |

15. Układ pokarmowy

- | | | |
|----------------------------------|---|---|
| owrzodzenie żołądka, dwunastnicy | T | N |
| przepuklina rozworu przełykowego | T | N |
| zespół jelita drażliwego | T | N |

16. Choroby metaboliczne

- | | | |
|------------------|---|---|
| cukrzyca | T | N |
| choroby tarczycy | T | N |
| porfiria | T | N |
| dna moczanowa | T | N |

17. Choroby nerek

- | | | |
|-----------------------------|---|---|
| kamica | T | N |
| przebyte zapalenie | T | N |
| trudności w oddawaniu moczu | T | N |
| przerost prostaty | T | N |

II. WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY (to ocena możliwości wystąpienia infekcji/zakażenia)

A. Ogólny

Odpowiedzi TAK (punkty 29-41) proszę opisać (kiedy, stosowane leczenie, itd.)

29. Przebyte WZW B, WZW C T N
30. Szczepienie przeciwko WZW B T N
31. Nosicielstwo WZW B, WZW C, HIV T N
32. Nosicielstwo WZW B, WZW C, HIV w otoczeniu T N

B. Ostatnie 6 miesięcy

33. Małe zabiegi lekarskie (np. okulista, stomatolog, laryngolog, urolog) T N
34. Operacje chirurgiczne, endoskopie T N
35. Zabiegi medyczne naruszające powłoki skórne (np. iniekcje, szczepienia, kroplówki, transfuzje krwi, biopsje, punkcje) T N
36. Zabiegi kosmetyczno - fryzjerskie naruszające ciągłość skóry (np. dermabrazje, tatuaże, lasery, akupunktura, strzyżenie, itp.) T N
37. Hospitalizacja T N

Ostatnie 12 miesięcy

38. Hospitalizacja w szpitalach województwa mazowieckiego T N
39. Pobyt w placówkach opieki długoterminowej T N
40. Nosicielstwo klebsiella pneumoniae typ NDM/KPC/OXA-48 T N
41. Kontakt z opieką medyczną w Indiach, Pakistanie, krajach północnej Afryki T N

OŚWIADCZAM, ŻE PRZEDSTAWIONE INFORMACJE SA PRAWDZIWE I PODANE ZGODNIE Z POSIADANĄ WIEDZĄ O STANIE MOJEGO ZDROWIA.

Oświadczam, iż zapoznałam/em się z informacjami i warunkami „Umowy na wykonanie operacji”.

.....
Warszawa, data i podpis pacjenta

.....
data i podpis lekarza

ZGODA NA ZNIECZULENIE

Lekarz anestezjolog przeprowadził ze mną rozmowę wyjaśniającą postępowanie przed, podczas i po operacji. Zrozumiałem/am wyjaśnienia i zadałem/am wszystkie interesujące mnie pytania, dotyczące znieczulenia i możliwych powikłań. Nie mam żadnych dodatkowych pytań.

Zgadzam się, aby planowany zabieg:

.....
rodzaj zabiegu

został przeprowadzony w:

- sedacji

- znieczuleniu ogólnym

- znieczuleniu regionalnym

Zgadzam się również na uzasadnione medycznie postępowanie towarzyszące (np. dodatkowe wkłucie dożylnie, przetoczenie płynów, krwi) a w razie konieczności, zmianę sposobu znieczulenia.

Oświadczam, że na podjęcie decyzji miałem/łam wystarczającą ilość czasu i wyrażam zgodę świadomie i samodzielnie.

.....
Warszawa, data i podpis pacjenta

.....
data i podpis lekarza

Wypełnia personel oddziału

OCENA RYZYKA ZAKAŻENIA

Urodzony/a < 1943 T N

Ryzyko zakażenia:

0 – 3 brak, 4 – 6 niskie, 7 – 9 średnie, ≥ 10 wysokie

Wypełnij w dniu operacji

OŚWIADCZENIE w dniu zabiegu

1. Wykonanie zaleceń przedoperacyjnych:

- Ostatni posiłek zjadłem/am o godzinie
- Wodę niegazowaną piłem/am o godzinie.....
- Zdjąłem/am przed zabiegiem pierścionki, łańcuszki, zegarek, kolczyki itp.
- Wyjmowane aparaty ortodontyczne i szkła kontaktowe zdejmę na czas operacji.
- Przez 2 tygodnie przed operacją nie stosowałem/am leków zawierających kwas acetylosalicylowy np. Acard, Alka-Prim, Alka-Seltzer, Ascodan, Aspirin, Asprocol, Calcipiryna, Etopiryna, Polocard, Polopiryna, Tabletki przeciw grypie, Upsarin. **UWAGA: nie dotyczy osób stosujących te leki przewlekle w dawce 75 mg/dobę.**

2. Od dnia konsultacji anestezyjologicznej nie było istotnych zmian w moim stanie zdrowia.

3. Miałem/am możliwość oraz wystarczającą ilość czasu na zapoznanie się z dokumentem „Zgoda na operację”.

4. Zostałem/am zapoznany/a ze stopniem ryzyka zakażenia.

UWAGA! Jeżeli pacjent nie pozostaje na noc w szpitalu, powinien pozostać w towarzystwie innej osoby przez pierwszą noc.

.....
Warszawa, data i podpis pacjenta

.....
data i podpis personelu medycznego