

**WYWIAD ZDROWOTNY PRZED OPERACJĄ DZIECI (do 15 r.ż.)***Strony od 1 do 4 wypełnia rodzic / opiekun przed konsultacją anestezjologiczną*

Imię i Nazwisko : .....

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. U dzieci najczęściej stosowane jest znieczulenie ogólne. Podczas trwania operacji kontroluje ważne funkcje życiowe jak: oddychanie, krążenie krwi, a po jej zakończeniu wybudza pacjenta.

**ZNIECZULENIE**

Ok. 30 minut przed znieczuleniem podawany jest lek w formie syropu lub tabletki, po którym dziecko zasypia i nie pamięta dalszych działań. Na salę operacyjną udaje się z rodzicem / opiekunem, aby czuć się bezpieczniej. U dzieci starszych, współpracujących, najczęściej zakładane jest wkłucie dożylnie. Dzieci z wysokim poziomem lęku są znieczulane wziewnie. Dożylnie podanie leków jest korzystniejsze dla dziecka, gdyż zasypianie jest szybsze i spokojniejsze. Po zaśnięciu dziecka rodzic / opiekun opuszcza salę operacyjną.

W CM Krajmed stosujemy technikę wolnego wybudzania pacjentów po zakończeniu operacji – zmniejsza to stres pooperacyjny. Dziecko po operacji, jeszcze śpiące, trafia na salę pooperacyjną, gdzie jest obserwowane przez ok. 30 minut. Staramy się, żeby samopoczucie dzieci po operacji było jak najlepsze, jednak czasami dzieci są płaczliwe i rozdrażnione. Wtedy najlepszym lekiem są ramiona rodziców. Bardzo dużą pomoc uzyskujemy od Państwa poprzez odpowiednie przygotowanie psychiczne dziecka do operacji. Należy dziecku wytłumaczyć potrzebę zabiegu, możliwe niedogodności z tym związane oraz zapewnić je, że my wszyscy jesteśmy tu dla niego i dla Państwa. Po obudzeniu się najczęściej dzieci mają dobre samopoczucie i rzadko narzekają na ból związany z operacją.

Dziecko świadome planowanej operacji czuje się lepiej, spokojniej. Proszę je zapewnić, że nie spotka je ból czy inne przykre działania.

Rodzice 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 stanie zdrowia dziecka proszę o wnikliwe wypełnienie ankiety i przyniesienie jej na konsultację anestezjologiczną wraz z posiadaną dokumentacją medyczną, jak:

- książeczka zdrowia,
- wyniki badań(oryginały),
- karty informacyjne, etc.

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

1. Czy dziecko znajduje się pod stałą opieką lekarza z powodu przewlekłej choroby fizycznej lub psychicznej? T N

2. Czy u dziecka występują zaburzenia rozwoju fizycznego lub psychicznego (np. ADHD, autyzm, anoreksja)? T N

3. Czy dziecko było leczone z powodu infekcji w ciągu ostatnich 6 tygodni? T N

4. Antybiotykoterapia w ciągu ostatnich 2 tygodni T N

5. Choroby zakaźne w ostatnich 12 m-cach:  
odra T N  
ospa T N  
świnka T N

mononukleozą T N  
błonica T N  
płonica (szkarlatyna) T N  
inne T N

**Czy dziecko leczy się bądź leczone było z powodu następujących chorób :**  
**15. Układ krążenia**  
zaburzenia rytmu T N  
wady wrodzone serca i naczyń T N  
inne. . . . . T N

6. Obecnie przyjmowane leki  T  N **16. Układ oddechowy**

7. Leczenie szpitalne  T  N choroby płuc / oskrzeli :  
- zapalenia T N  
- mukowiscydoza T N  
- dysplazja oskrzelowo- płucna T N  
palenie tytoniu przez domowników T N  
8. Przebyte operacje / zabiegi T N nadwrażliwość płuc / oskrzeli T N  
9. Powikłania podczas przebytych znieczuleń T N astma T N  
zapalenie krtani T N

10. Powikłania podczas przebytych znieczuleń w rodzinie T N  
**17. Układ pokarmowy**  
choroba wrzodowa żołądka i XII-cy T N  
11. Czy dziecko kiedykolwiek uległo poważnym urazom np. uraz wielonarządowy uraz głowy, klatki piersiowej, miednicy, kończyn T N choroba lokomocyjna T N  
refluks żołądkowo-przełykowy T N  
choroby wątroby T N  
choroby jelit T N

12. Stosowanie używek przez dziecko: alkohol, narkotyki, papierosy  T  N **18. Choroby metaboliczne**  
cukrzyca T N  
choroba tarczycy T N  
13. Czy dziecko uprawia sport wyczynowo T N porfiria T N  
inne. . . . . T N

14. Data ostatniej miesiączki: .....  
Odpowiedzi TAK (punkty 1-13) proszę opisać:  
.....  
.....  
.....

**19. Układ moczowy**  
zapalenie nerek T N  
wodonercze T N  
zespół nerczycowy T N  
zapalenie pęcherza T N  
inne T N

**20. Układ kostno - szkieletowy**

wiotkość mięśni	T	N	.....
wiotkość mięśni w rodzinie	T	N	.....
ograniczenie ruchów w stawach	T	N	.....
choroby kręgosłupa	T	N	.....

**21. Jama ustna**

wady zgryzu	T	N	.....
rozszczip podniebienia	T	N	.....
chwiejące się zęby	T	N	.....
próchnica	T	N	.....
aparat ortodontyczny wyjmowany	T	N	.....
aparat ortodontyczny stały	T	N	.....

**22. układ nerwowy**

stany drgawkowe	T	N	.....
padaczka	T	N	.....
zapalenie mózgu i opon mózgowych	T	N	.....
mózgowe porażenie dziecięce	T	N	.....
niedowład/porażenia	T	N	.....
zaburzenia genetyczne	T	N	.....
wady wzroku	T	N	.....
inne.....	T	N	.....

**23. Choroby krwi lub zaburzenia krzepnięcia**

samoistne krwotoki	T	N	.....
przedłużone krwawienie po urazach	T	N	.....
skłonność do powstawania siniaków	T	N	.....
hemofilia (także w rodzinie)	T	N	.....
zaburzenia krzepliwości w rodzinie	T	N	.....
anemia	T	N	.....
przetaczanie krwi	T	N	.....
Inne.....	T	N	Uwagi rodziców / opiekunów

**24. Uczulenia**

pokarmowe (skaza pokarmowa, soja, owoce itp.)	T	N	.....
wziewne	T	N	.....
na leki	T	N	.....
kontaktowe / plaster	T	N	.....

**25. Inne**

wady rozwojowe wieku płodowego	<table border="1"><tr><td>T</td><td>N</td></tr></table>	T	N	.....
T	N			
wcześnieactwo	<table border="1"><tr><td>T</td><td>N</td></tr></table>	T	N	.....
T	N			
leczenie immunosupresyjne	<table border="1"><tr><td>T</td><td>N</td></tr></table>	T	N	.....
T	N			
choroba nowotworowa	<table border="1"><tr><td>T</td><td>N</td></tr></table>	T	N	.....
T	N			
choroby autoimmunologiczne	<table border="1"><tr><td>T</td><td>N</td></tr></table>	T	N	.....
T	N			

Odpowiedzi TAK ( w punktach 15-25) proszę opisać:

.....

.....

.....

.....

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

**A. Ogólny**

*Odpowiedzi TAK (w punktach 26-38) proszę opisać (kiedy, stosowane leczenie, itd.)*

26. Przebyte WZW B, WZW C  T  N .....
27. Nosicielstwo WZW B, WZW C, HIV  T  N .....
28. Nosicielstwo WZW B, WZW C, HIV w otoczeniu  T  N .....

**B. Ostatnie 6 miesięcy**

29. Szczepienia ochronne (w tym przeciwko WZW B)  T  N .....
30. Małe zabiegi lekarskie (np. okulista, stomatolog, laryngolog, urolog)  T  N .....
31. Operacje chirurgiczne, endoskopie  T  N .....
32. Zabiegi medyczne naruszające powłoki skórne (np. iniekcje, szczepienia, kroplówki, transfuzje krwi, biopsje, punkcje)  T  N .....
33. Zabiegi kosmetyczno - fryzjerskie naruszające ciągłość skóry (np. dermabrazje, tatuaże, lasery, akupunktura, strzyżenie, itp.)  T  N .....
34. Hospitalizacja  T  N .....

**Ostatnie 12 miesięcy**

35. Hospitalizacja w szpitalach województwa mazowieckiego  T  N .....
36. Pobyt w placówkach opieki długoterminowej  T  N .....
37. Nosicielstwo klebsiella pneumoniae typ NDM/KPC/OXA-48  T  N .....
38. 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 ZDROWIA MOJEGO DZIECKA.**

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

.....  
Warszawa, data i podpis rodzica / opiekuna

.....  
data i podpis lekarza

**Wypełnia anestezjolog podczas konsultacji**

**ZGODA NA ZNIECZULENIE**

Lekarz anestezjolog przeprowadził ze mną rozmowę wyjaśniającą postępowanie przed, podczas i po operacji mojego dziecka. 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 wklucie dożylnie, przetoczenie płynów, krwi) 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 rodzica /opiekuna

.....  
data i podpis lekarza

## Wypełnia personel oddziału

### OCENA RYZYKA ZAKAŻENIA (wypełnia personel medyczny)

Wiek < 2 lat

T	N
---	---

Ryzyko zakażenia: .....

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

## OŚWIADCZENIE w dniu zabiegu

### 1. Wykonanie zaleceń przedoperacyjnych:

- Ostatni posiłek dziecko zjadło o godzinie .....
- Wodę niegazowaną dziecko piło o godzinie .....
- Przed zabiegiem zostały zdjęte kolczyki, pierścionki, łańcuszki, zegarek i spinki do włosów,
- Wyjmowane aparaty ortodontyczne i szkła kontaktowe u mojego dziecka zdejmę na czas operacji,
- Przez 2 tygodnie przed operacją nie były stosowane leki zawierające kwas acetylosalicylowy np. Acard, Alka-Prim, Alka-Seltzer, Ascodan, Aspirin, Asprocol, Calcipiryna, Etopiryna, Polocard, Polopiryna, Tabletki przeciw grypie, Upsarin.

### 2. Od dnia konsultacji anestezyjologicznej nie było istotnych zmian w stanie zdrowia mojego dziecka

### 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

.....  
Warszawa, data i podpis rodzica/opiekuna

.....  
data i podpis personelu medycznego