

KARTA KWALIFIKACJI I ZNIECZULENIA

Imię i nazwisko pacjenta.....Nr księgi gl.....
 Rodzaj zabiegu.....

Po przeprowadzeniu wywiadu i zbadaniu pacjenta kwalifikuję go do znieczulenia. ASA.....
 Uwagi:

Podpis lekarza anestezjologa:

Leki:	Godzina:					
	HR	RR				
	140	220				
	130	200				
	120	180				
	110	160				
	100	140				
	90	120				
	80	100				
	70	80				
	60	60				
50	40					
Saturacja:						

ZALECENIA PO ZABIEGU:
 Monitorować RR, Sat 02 przez 2 godziny po znieczuleniu

Podpis lekarza anestezjologa:.....

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

(Wypełnia pacjent)

Każda procedura medyczna może stanowić zagrożenie dla życia i zdrowia pacjenta. W celu bezpiecznego przeprowadzenia znieczulenia konieczne jest poznanie występujących u Pani/a obciążeń związanych z przeszłością chorobową i aktualnym stanem zdrowia.

Proszę o dokładne przeczytanie i udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania :

Czy w przeszłości lub obecnie leczył/a się Pan/i z powodu :	TAK	NIE
Chorób serca np. zawał, choroba wieńcowa, zaburzenia rytmu , wady serca...		
Nadciśnienia tętniczego		
Chorób układu oddechowego : astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli, gruźlica...		
Chorób naczyń np. żylaki, złe ukrwienie kończyn, bóle łydek, zapalenie żył...		
Chorób układu nerwowego : udar mózgu, niedowład, padaczka...		
Cukrzycy		
Choroby tarczycy		
Chorób przewodu pokarmowego : choroba wrzodowa, zapalenie jelita grubego...		
Chorób wątroby : marskość, żółtaczka...		
Chorób układu moczowego : kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu ...		
Chorób oczu np. jaskra		
Depresji, bezsenności, nerwicy, schizofrenii...		
Chorób układu kostno-stawowego.		
Chorób krwi i układu krzepnięcia.		
Innych chorób nie wymienionych powyżej :		
Czy jest Pan/i uczulona na leki, jad, pokarmy, plaster, jodynę, środki chemiczne, lateks...		
Jakie były objawy uczulenia :		
Czy nosi Pan/i protezy zębowe, protezy oka, szkła kontaktowe		
Czy jest Pani w ciąży		
Czy pali Pan/i papierosy		
Czy nadużywa Pan/i alkoholu		
Czy był Pan/i znieczulany. Czy były problemy związane ze znieczuleniem		
Proszę wymienić wszystkie przyjmowane ostatnio i obecnie leki :		
Uzupełnienie wywiadu/ uwagi :		

Oświadczam, że nie zataiłam/em żadnych informacji o moim stanie zdrowia, dotychczasowego leczenia, czy przyjmowanych leków. Potwierdzam, że w ciągu ostatnich 6 godzin nie jadłem, a w ciągu ostatnich 4 godzin niczego nie piłem, ani nie żułem gumy. Jednocześnie oświadczam, że miałem nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego znieczulenia i uzyskałem zrozumiałe dla mnie i wyczerpujące informacje.

Wyrażam świadomą zgodę na proponowane znieczulenie dożylnie i na uzasadnione medycznie rozszerzenie postępowania anestezyjologicznego :

Podpis pacjenta :