

**ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA
(wypełnia Pacjent)**

data:

Imię I Nazwisko:..... wiek:.....

PESEL:..... WAGA:..... WZROST:.....

Pouczenie:

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, inne:.....		
Nadciśnienia tętniczego		
Chorób układu oddechowego np.: astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli/krtani, gruźlica, inne:.....		
Chorób naczyń np.: żylaki, złe ukrwienie kończyn, bóle łydek, zapalenie żył, inne:.....		
Chorób układu nerwowego np.: udar mózgu, niedowład, padaczka, inne:.....		
Cukrzycy		
Chorób tarczycy, jeśli tak to jakie?:.....		
Chorób przewodu pokarmowego np.: choroba wrzodowa, zapalenie jelita grubego, inne:.....		
Chorób wątroby np.: marskość, żółtaczką, inne:.....		
Chorób układu moczowego np.: niewydolność nerek, trudności w oddawaniu moczu, inne:.....		
Chorób oczu np.: jaskra, inne:.....		
Chorób psychicznych np.: depresji, bezsenności, nerwicy, schizofrenii, inne:.....		
Chorób układu kostno-stawowego:.....		
Chorób krwi I układu krzepnięcia:.....		
Innych chorób nie wymienionych poniżej:.....		
Czy jest Pan/i uczulony/a na leki, jad, pokarmy, plaster, jodynę, inne środki chemiczne, lateks, inne.....		
Jakie były objawy uczulenia:.....		
Czy nosi Pan/i protezy zębowe, protezy oka, szkła kontaktowe, inne:.....		
Czy jest Pani w ciąży?		
Czy pali Pan/i papierosy lub inne wyroby tytoniowe?		
Czy nadużywa Pan/i alkoholu lub innych używek?		
Czy była/a Pan/i znieczulany/a. Czy były problemy związane ze znieczuleniem		
Proszę wymienić wszystkie przyjmowane ostatnio 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 jadłam/em, a w ciągu 4 godzin niczego nie piłam/em. Jednocześnie oświadczam, że miałam/em nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego znieczulenia I uzyskałam/em zrozumiałe dla mnie I wyczerpujące informacje.

Wyrażam świadomą zgodę na proponowane znieczulenie i na uzasadnione medycznie rozszerzenie postępowania anestezjologicznego.

Podpis Pacjenta:.....

KWALIFIKACJA DO ZNIECZULENIA:

Imię I Nazwisko Pacjenta:..... WIEK:.....
 Rodzaj zabiegu:..... Waga:..... Wzrost:.....

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

Podpis Lekarza Anestezjologa.....

KARTA ZNIECZULENIA

		GODZINA:(co 5 min)										data:				
LEKI:																
FENTANYL (mg)																
PROPOFOL 1% (mg)																
Atropina (mg)																
O ₂ l/min																
SATURACJA (%)																
Początek/koniec znieczulenia/zabiegu																
HR	BP															
140	220															
130	200															
120	180															
110	160															
100	140															
90	120															
80	100															
70	80															
60	60															
50	40															
40	20															
20	0															

ZALECENIA PO ZNIECZULENIU:
 Monitorowanie HR, BP, SpO₂ przez 30 min po znieczuleniu.

Podpis Pielęgniarki Anestezjologicznej.....

Podpis Lekarza Anestezjologa:.....