

[illegible]

- Podpis i pieczęć lekarza anestezjologa
- data
- godz

## ZGODA NA ZNIECZULENIE

1. Ostro zażółcił serca, który może być wywołany przez znieczulenie lub operację, zwłaszcza u pacjentów, którzy mieli wcześniej stwierdzone choroby naczyń wieńcowych.

2. Udar mózgowy, który może być wywołany przez znieczulenie lub operację, zwłaszcza u pacjentów, u których podejrzewano, lub który był diagnozowany w kierunku choroby naczyń wieńcowych lub chorób naczyń mózgu.
3. Aspiracyjne zapalenie płuc, które związane jest z wymiotami podczas znieczulenia.
4. Złośliwe nadciśnienie, które może być związane ze znieczuleniem.
5. Nieprawidłowa reakcja spowodowana uczuleniem na leki lub transfuzję.
6. Nieodwracalnie uszkodzenie nerwi podczas regionalnego znieczulenia.
7. Zapalenie płuc lub niedodma, które mogą być spowodowane wcześniejszą infekcją górnych dróg oddechowych.
8. Bóle głowy, bóle pleców, bardzo rzadko przemiłające lub trwałe uszkodzenie neurologiczne podczas znieczulenia regionalnych (zewnątrzoponowego, podopajęcznikowego).
9. Uszkodzenie szpów, błony śluzowej jamy ustnej, warg może być związane z koniecznością utrzymania dobrej drożności dróg oddechowych

12. Podczas wybudzania ze znieczulenia pacjent może odczuwać ból, mogą występować: niestabilne ciśnienie tętnicze, nudności, wymioty, zaburzenia rytmu serca i rzadko duszność, śluzica oraz inne zaburzenia, które mijają w krótkim okresie czasu.

Lekarz anesteziolog (*imię i nazwisko lekdra*) ..... przeprowadzi dzisiaj ze mną rozmowę dotyczącą postępowania przed-, stę- i pooperacyjnego. Podczas rozmowy miałem/am możliwość zadawania pytań dotyczących zdiagnozienia i opieki pooperacyjnej, związanego z nimi ryzyka i możliwości wystąpienia wszelkich powikłań oraz uzyskania /am wyuczepujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi.

stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia i przyjmowanych leków oraz, że jestem zaszczepiony /a przeciw wirusowi zapaleniu wątroby typ B.

Wyrażam również zgodę na uzasadnione medycznie postępowanie towarzyszące np.: przetaczanie płynów, krwi, plazmy, dodatkowego wkleśnię i w razie konieczności zmianę sposobu znieczulenia. Zgadzam się na proponowane leczenie bólu pooperacyjnego.

.....

**Czytelny podpis pacjenta/ opiekun prawny**

.....

**data**

.....

**godz**

.....

## ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII

ANESTEZJOLOGICZNA ANKIETA PRZEDOPERACYJNA

PESEL									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wiek: ..... lat,      wzrost: ..... cm,      ciężar ciała: ..... kg

1. Czy ma pani/Pan rozrusznik serca, implanty naczyniowe ? ..... Tak ☐ Nie ☐
2. Czy pali Pani/Pan papierosy ? ..... ile dziennie ? ..... Tak ☐ Nie ☐
3. Czy pije Pani/Pan alkohol ? ..... jak często ? ..... Tak ☐ Nie ☐
4. Czy ma Pani protezę zębową ? ..... Tak ☐ Nie ☐
5. Czy ma Pani/Pan chwiczące zęby ? ..... Tak ☐ Nie ☐
6. Czy ma Pani/Pan aparat słuchowy ? ..... Tak ☐ Nie ☐

7. Czy byłaby Pan/pan operowany i z jakiego powodu? ..... Tak ☐ Nie ☐

Jaki był rodzaj znieczulenia? .....

8. Czy w trakcie przebytych operacji wydarzyło się coś szczególnego? ..... Tak ☐ Nie ☐
9. Czy ktoś w rodzinie cierpi na choroby mięśni? ..... Tak ☐ Nie ☐
10. Czy u członków Pani/Pana rodziny wystąpiły podczas znieczulenia jakieś problemy?.. Tak ☐ Nie ☐
11. Czy jest Pani w ciąży? ..... Tak ☐ Nie ☐
12. Czy zażywa Pani/Pan środki nasenne? ..... Tak ☐ Nie ☐
13. Czy jest Pani/Pan na coś uczulony? ..... Tak ☐ Nie ☐

# CZY LECZY SIĘ PANI/PAN Z POWODU CHOROBY

1. Serca: zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wady serca, zaburzenia rytmu serca  
..... Tak ☐ Nie ☐
2. Czy występują u Pani/Pana duszności, omdlenia ? ..... Tak ☐ Nie ☐
3. Nacynny układ krążenia: nadciśnienie tętnicze, złyaki, obrzęki, zakrzepy żył ? ..... Tak ☐ Nie ☐

Do myślenia o pracy str. 7. Drukarnia  
PITAL, SPECJALISTYCZNY W WARSZAWIE  
36

## WYNIKI BADAŃ

4. Płuc: astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli, gruźlica, rozedma? ..... Tak ☐ Nie ☐
5. Wątroby: wirusowe zapalenie wątroby, żółtaczkę, marskość? ..... Tak ☐ Nie ☐
6. Nerek: zapalenie nerek, kamica nerkowa, niewydolność nerek? ..... Tak ☐ Nie ☐
7. Przewodu pokarmowego: choroba wrzodowa, zapalenie żołądka/dwunastnicy/jelit? ..... Tak ☐ Nie ☐
8. Tarczycy: wole, nadczynność, niedoczynność? ..... Tak ☐ Nie ☐
9. Cukrzyca, dna mocznicowa, porfiria? ..... Tak ☐ Nie ☐
10. Neurologicznych: padaczka, niedowłady, udar, porażenie? ..... Tak ☐ Nie ☐
11. Psychicznych: depresja, nerwica, schizofrenia? ..... Tak ☐ Nie ☐
12. Krzepnięcia krwi? Skłonność do krwawienia, siniaków, wybroczyn? ..... Tak ☐ Nie ☐
13. Układu kostnego: uszkodzenia kręgosłupa, kończyn, stawów? ..... Tak ☐ Nie ☐
14. Choroby mięśni: osłabienie mięśni? ..... Tak ☐ Nie ☐
15. Oczu: jaskra, zaćma? ..... Tak ☐ Nie ☐
16. Uczuleń: katar sienny, nadwrażliwość na plastry, jodynę, leki, pokarmy? ..... Tak ☐ Nie ☐
17. Wypadki komunikacyjne, urazy? ..... Tak ☐ Nie ☐
18. Innych chorób? ..... Tak ☐ Nie ☐
19. Czy przyjmuje Pani/Pan jakieś leki? ..... Tak ☐ Nie ☐
- Jeśli tak to jakie? .....

Uwagi: .....

.....

.....

.....

Data i godzina przeprowadzenia ankiety .....

Czytelny podpis pacjenta  
(pacjent składa podpis w obecności lekarza) .....

Podpis i pieczęć lekarza anestezjologa .....

1. Grupa krwi: .....
2. HR: .....
3. RR: .....
4. Rtg klatki piersiowej: .....
5. EKG / ECHO serca: .....
6. INR: .....
7. Hgb: .....
8. Hct: .....
9. Płytki: .....
10. Na: .....
11. K: .....
12. Mocznik: .....
13. Kreatynina: .....
14. Premedykacja ..... wieczorem  
W dniu operacji .....
15. Dodatkowe zlecenia: .....
16. Inne: .....

Data: .....

Podpis i pieczęć lekarza anestezjologa .....