

39

Miejski Szpital Specjalistyczny w Warszawie  
ul. Bursztyńska 2, 01-748 Warszawa  
Lecznictwo Stacjonarne  
Oddział II Wewnętrzny i Gastroenterologii  
Pododdział Gastroenterologiczny  
Regon: 14666663-00028, NIP: 552-17-88-325  
adres: 01-748 Warszawa, tel. 22 47-36-342

załącznik nr 6c do materiałów informacyjnych - SZP

## HISTORIA CHOROBY PACJENTA LECZONEGO W TRYBIE JEDNODNIOWYM

Nr identyfikacyjny ....., dn. ....

Nazwisko i imię .....

PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres .....

ROZPOZNANIE: .....KOD ICD-10 .....

RODZAJ ZABIEGU: .....

.....KOD ICD-9-CM.....

Masa ciała ..... Wzrost..... Ciężar .....

WYWIAD I BADANIE PRZEDMIOTOWE BEZPOŚREDNIO PRZED ZABIEGIEM

Zlecona premedykacja: .....

Premedykację podano o godz.: ..... podpis pielęgniarki i .....

OPIS ZABIEGU

Oper ..... Anest. ....

# UWAGI DOTYCZĄCE PRZEBIEGU ZNIECZULENIA

.....  
podpis anesteziologa

Czas trwania zabiegu od godz. .... do godz. .... = ..... minut

## OBSERWACJE NA SALI WYBUDZEŃ

Godzina przyjęcia: .....

Ciepłota ciała	Tętno	Odech	Saturacja	Temperatura

## OBSERWACJE I UWAGI

STAN PO PRZYJĘCIU	Godzina	X	INTERWENCJE	
Zatrzymanie krążenia			Resuscytacja	
Niedzielnik				
Chwila, czy na bół				
Chwila, czy na głos			Płyny dożylnie (rodzaj, objętość)	
Przytomny			Tlenoterapia (minimalna saturacja)	
Zaburzenia oddychania			Reintubacja (godzina)	
Duszność			Sterydy iv. (rodzaj, dawka)	
Stridor			Paracetamol	
Drżenie			Metoprolol	
Podwyższenie			Sedacja	
Wymioty			Opiaty (rodzaj, dawka)	
Ból w ranie			Naloxon	

.....  
podpis pielęgniarki .....

## OCENA PACJENTA PRZED WYPISEM

Godzina .....

Ciepłota ciała	Tętno	Odech	Saturacja	Temperatura

Odpowiedź NIE uniemożliwia wypis

TAK NIE

Pełny powrót świadomości

☐ ☐

Powrót odruchów obronnych (przełykanie, kaszel)

☐ ☐

Powrót czynności motorycznych i normalnych zachowań

☐ ☐

Odpowiedź TAK uniemożliwia wypis

NIE TAK

Nieprawidłowe parametry (ciśn. krwi, tętno)

☐ ☐

Powikłania w czasie zabiegu

☐ ☐

Niespodziewane przedłużenie zabiegu

☐ ☐

Krwawienie pooperacyjne

☐ ☐

Zaburzenia oddychania

☐ ☐

Stridor

☐ ☐

Nudności lub wymioty

☐ ☐

## WNIOSKI Z OBSERWACJI POOPERACYJNEJ W SALI WYBUDZEŃ

Pacjent kwalifikuje się do wypisu do domu

☐

Pacjent kwalifikuje się do hospitalizacji

☐

Wypisany o godzinie .....

Podpis lekarza operującego .....

Podpis lekarza anesteziologa .....