



## Ankieta Anestezjologiczna

<b>Klinika:</b>													
<b>Dane Pacjenta</b> <i>(wypełnia opiekun prawny)</i>													
Imię i nazwisko										NN		PESEL	
Data urodzenia:										PESEL*			
Dzień		Miesiąc		Rok									
Adres zamieszkania													
Masa ciała [kg]:				Wzrost [cm]:				ASA					
Rozpoznanie				Rodzaj zabiegu / procedury diagnostycznej									

\* w przypadku noworodka- nr PESEL matki; Przy braku nr PESEL- nazwa i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

**Zabiegi operacyjne i niektóre procedury diagnostyczne u dzieci przeprowadzane są w znieczuleniu. Za wykonanie znieczulenia i bezpieczeństwo pacjenta w trakcie zabiegu i w okresie pooperacyjnym odpowiedzialny jest lekarz anestezjolog.**

- Rodzaj znieczulenia jest dostosowany do rodzaju procedury medycznej, wieku i stanu zdrowia dziecka.
- Poniższa ankieta służy zebraniu szczegółowych informacji na temat stanu zdrowia Państwa dziecka, przebytych chorób oraz wcześniejszych zabiegów operacyjnych.
- Prosimy o uważne zapoznanie się z poniższą ankietą przed rozmową z lekarzem anestezjologiem i zaznaczenie TAK / NIE.
- Prosimy o podanie dodatkowych szczegółów tam, gdzie jest to konieczne oraz dostarczenie kart wypisowych z poprzednich pobytów szpitalnych i ewentualnych zaświadczeń od specjalistów.
- Jeżeli pytanie jest niejasne proszę wyjaśnić wątpliwości w trakcie rozmowy z lekarzem anestezjologiem.

**Znieczulenie ogólne** oznacza w pełni kontrolowane i odwracalne zniesienie stanu świadomości i zdolności odczuwania bólu. Dziecko w trakcie znieczulenia ogólnego znajduje się w stanie przypominającym głęboki sen.

**Znieczulenie przewodowe** oznacza podanie środka znieczulenia miejscowego w bezpośrednią okolicę nerwu powodując zniesienie bólu w określonej okolicy ciała.

Lekarz anestezjolog wybiera postępowanie najbardziej korzystne dla danego pacjenta i rodzaju planowanej procedury często łącząc ze sobą różne metody znieczulenia.

### Ryzyko związane ze znieczuleniem.

Każdemu znieczuleniu, tak jak każdej procedurze medycznej, towarzyszy ryzyko wystąpienia powikłań. Obecnie, dzięki stosowaniu nowoczesnych metod znieczulenia ciężkie i zagrażające życiu powikłania zdarzają się bardzo rzadko, nawet u dzieci obciążonych poważną chorobą. Szczegółowe informacje na temat możliwych powikłań uzyskacie Państwo podczas rozmowy z lekarzem anestezjologiem.

### Przerwa żywieniowa.

Przed planowanym znieczuleniem konieczne jest wstrzymanie karmienia i pojenia. Biorąc pod uwagę bezpieczeństwo Państwa dziecka prosimy o bezwzględne przestrzeganie następujących zaleceń:

- **przerwa żywieniowa u noworodków i niemowląt karmionych mlekiem matki to 4 godziny,**
- **u dzieci karmionych mieszankami mlecznymi i pokarmami stałymi to 6 godzin,**
- **pojenie wodą jest możliwe do 1 godziny przed znieczuleniem (najwyżej 50 ml – 100 ml).**

Jeżeli Państwa dziecko przyjmuje leki przewlekłe, sposób ich podania w okresie okołoperacyjnym zostanie ustalony z lekarzem anestezjologiem.

Imię i nazwisko pacjenta:.....

### Informacje o stanie zdrowia

(nie dotyczy przypadku ponownego znieczulenia w trakcie tej samej hospitalizacji)

Czy Państwa dziecko rozwija się prawidłowo?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy jest coś, co sprawia mu problemy (np. trudności z poruszaniem, zaburzenia połykania, niedosłuch, inne)?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli TAK to, jakie?		
Czy Państwa dziecko ma orzeczenie o niepełnosprawności?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli TAK, to z jakiego powodu?		
Czy Państwa dziecko było wcześniej znieczulane do zabiegu operacyjnego lub procedury diagnostycznej?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli TAK to, kiedy i z jakiego powodu?		
Czy w trakcie dotychczasowych znieczuleń wystąpiły jakieś problemy (np. kłopoty z wybudzaniem, wymioty, problemy z oddychaniem, chrypka, inne)?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli TAK to, jakie?		
Czy u Państwa lub krewnych były jakieś problemy związane ze znieczuleniem?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli TAK to, kiedy, jakie, u kogo?		
Czy Państwa dziecko jest pod stałą opieką lekarza specjalisty?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli TAK to z jakiego powodu?		
Jak często Państwa dziecko choruje na przeziębienia, anginę, zapalenie uszu, zapalenia oskrzeli/ płuc, inne ? Kiedy ostatnio ?		
Czy opiekunowie dziecka palą papierosy?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy Państwa dziecko przyjmuje obecnie jakieś leki?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Nazwa, dawka, ile razy dziennie?		
Czy Państwa dziecko jest szczepione zgodnie z kalendarzem szczepień?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy było szczepione w ciągu ostatnich 2 tygodni?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>Czy u Państwa dziecka kiedykolwiek wystąpiły następujące problemy:</b>		
Problemy z oddychaniem (np. świszczący oddech, ciężki oddech, duszność)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
W jakich okolicznościach (np. infekcja, wysiłek, sen, karmienie, inne) ?		
Głośnie chrapanie, bezdechy w nocy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Sinica (sine usta, paznokcie)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Uczulenie/ alergia – katar, uporczywy kaszel, zmiany na skórze	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli TAK to, na jakie substancje, w jakich okolicznościach?		

**Imię i nazwisko pacjenta:** .....

Astma oskrzelowa	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Problemy z sercem (wada serca, zaburzenia rytmu, szmer, inne)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Jakie, kiedy?

Padaczka	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Napad padaczki w ostatnich 6 miesiącach	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Drgawki gorączkowe	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Inne choroby układu nerwowego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Jakie?

Utrata przytomności	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Uraz głowy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Cukrzyca	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Choroby tarczycy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Inne zaburzenia hormonalne	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE			

Jakie?

Choroby nerek, dróg moczowych	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
-------------------------------	------------------------------	------------------------------

Jakie, kiedy ?

Choroby wątroby (zapalenie, żółtaczką, inne)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
--	------------------------------	------------------------------

Jakie, kiedy?

Samoistne krwawienia z nosa, dziąseł, przedłużone krwawienia po skaleczeniach	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
---	------------------------------	------------------------------

Problemy z krwawieniem u Państwa krewnych?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
--	------------------------------	------------------------------

Jakie, u kogo?

Problemy z zębami (np. ruszające się zęby, zmiany próchnicze, aparaty ortodontyczne, protezy )	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
--	------------------------------	------------------------------

Jakie, kiedy?

**Czy u dziecka lub u Państwa krewnych rozpoznano/podejrzewano następujące choroby?**

Choroby mięśni	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Hipertermię złośliwą	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Porfirię	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
----------------	------------------------------	------------------------------	----------------------	------------------------------	------------------------------	----------	------------------------------	------------------------------

Jeżeli inne, to, jakie?

**Dotyczy dziecka płci żeńskiej**

Czy pacjentka ma już regularny cykl miesięczny ?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
--	------------------------------	------------------------------

Data ostatniej miesiączki

**Wywiad okołoporodowy**

Wiek urodzeniowy/masa ciała przy urodzeniu		Punktacja Apgar	
Problemy zdrowotne w okresie okołoporodowym		Wady genetyczne/wrodzone	

Czy macie Państwo inne uwagi dotyczące stanu zdrowia dziecka?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
---	------------------------------	------------------------------

Jakie?

Imię i nazwisko pacjenta: .....

## Badanie anestezjologiczne i kwalifikacja do znieczulenia

Górne drogi oddechowe prawidłowe	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Podejrzenie trudnej intubacji	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Istotne odchylenia w badaniu fizykalnym dziecka				<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Jakie?

Istotne odchylenia w badaniach dodatkowych:

Konieczne dodatkowe badania/ konsultacje:

**KWALIFIKACJA DO ZNIECZULENIA:**

- Zakwalifikowany do znieczulenia ogólnego
- Zakwalifikowany do znieczulenia przewodowego
- Niezakwalifikowany

Przyczyna dyskwalifikacji

Uwagi (np. specyficzne wymagania dotyczące znieczulenia, ułożenia pacjenta itp.):

## PREMEDYKACJA

### ZGODA NA ZNIECZULENIE I ZWIĄZANE Z NIM PROCEDURY

**Po przeprowadzonej rozmowie z lekarzem anestezjologiem i wyjaśnieniu wszelkich wątpliwości proszę podpisać zgodę na znieczulenie.**  
**Zgoda obejmuje również znieczulenia wielokrotnie powtarzane w czasie pojedynczej hospitalizacji.**  
**W przypadku jakiegokolwiek zmiany w stanie zdrowia dziecka proszę o tym poinformować lekarza anestezjologa.**

Oświadczam, że:

- Zostałam/em poinformowana/y o rodzaju premedykacji i sposobie jej realizacji.
- Zostały mi wyjaśnione: sposób znieczulenia dziecka, ryzyko proponowanej metody znieczulenia, alternatywne sposoby postępowania, wszelkie możliwe do przewidzenia powikłania, okoliczności zwiększające ryzyko wystąpienia powikłań, zabiegi przygotowujące oraz towarzyszące (w tym prawdopodobieństwo przetaczania krwi).
- Miałam/em możliwość zadawania pytań. Na moje pytania uzyskałam/em całkowite i w pełni zrozumiałe wyjaśnienia.
- Przed rozpoczęciem znieczulenia udzieliłam/em lekarzowi pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które zostały zadane przez lekarza w trakcie wywiadu lekarskiego.

Po wnikliwym namyśle wyrażam zgodę na:

- Rodzaj premedykacji i sposób jej realizacji.
- Zastosowanie, proponowanego naszemu dziecku, sposobu znieczulenia.
- Wykonanie zabiegów koniecznych do przeprowadzenia znieczulenia

Zrozumiałam/em, że:

- Znieczulenie będzie wykonane przez lekarza Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
- Dodatkowe zabiegi uzasadnione potrzebami medycznymi zostaną wykonane tylko w razie bezwzględnej potrzeby, dla dobra mojego dziecka.
- Istnieje ryzyko wystąpienia powikłań w trakcie znieczulenia, o których zostałam/em poinformowana/y.

Uwaga o ewentualnym ograniczeniu zgody na proponowane procedury medyczne związane ze znieczuleniem.

Podpis rodzica, opiekuna prawnego pacjenta, data

Podpis pacjenta (jeżeli ukończył 16 lat) , data

Data

Pieczętka i podpis lekarza anestezjologa