

Prosimy o wypełnienie ankiety dotyczącej Pani / Pana zdrowia. Prosimy o przygotowanie spisu używanych przez Panią / Pana leków.

NAZWISKO IMIĘ

Wiek Wzrost Waga Nr historii choroby.....

Wybór optymalnej metody znieczulenia do planowanego zabiegu operacyjnego oraz metod uśmierzania bólu pooperacyjnego zależy od Państwa odpowiedzi. Właściwą odpowiedź proszę zaznaczyć znakiem X

Czy miał/a Pan/i już zabieg operacyjny?			<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Rodzaj zabiegu	Rok wykonania	Znieczulenie ogólne	Znieczulenie inne	
Czy w związku ze znieczuleniem wydarzyło się coś szczególnego?				
.....				

PYTANIA OGÓLNE	Tak	Nie	Uwagi
Czy ktoś z najbliższej rodziny miał problemy z powodu znieczulenia?			
Czy miał/a Pan/i transfuzję krwi lub jej preparatów?			
Czy zgadza się Pan/i na konieczne dla ratowania życia przetoczenie preparatów krwiopochodnych?			
Czy w okresie ostatniego miesiąca odczuwał/a Pan/i duszność, ból w klatce piersiowej, nierówne bicie serca? *			
Czy choruje lub chorował/a Pan/i na:			
- choroby serca (zawał serca, choroba niedokrwienna)			
- nadciśnienie tętnicze			
- astmę oskrzelową			
- przewlekłe zapalenie oskrzeli			
- zapalenie płuc			
- choroby wątroby lub żółtaczkę			
- choroby nerek			
- cukrzycę lub zespół metaboliczny			
- choroby tarczycy			
- jaskrę lub zaćmę			
- chorobę wrzodową żołądka lub dwunastnicy			
- inne choroby, jakie?			
Czy w okresie ostatnich 2 tygodni był/a Pan/i przeziębiony/a?			
Czy kiedykolwiek miał/a Pan/i utratę przytomności, drgawki, zaburzenia czucia, udar mózgu?			
Czy ma {Pan/i zmiany zwyrodnieniowe stawów?			
Czy ma Pan/i skłonność do zasinień, czy długo krwawiących nawet niewielkich skaleczeń? Czy krwawią Pani/u dźsiała?			
Czy ma Pan/i żylaki kończyn dolnych?			
Czy jest Pan/i uczulony/a na: leki, pokarmy, pyłki, kurz lub inne			
Czy systematycznie zażywa Pan/i leki przeciwbólowe. Jeśli tak proszę podać nazwę leku.....			ostatnio
Czy zażywa Pan/i: *			ostatnio
Polopirynę / Aspirynę / Acard / Polocard			ostatnio
Tiklopydynę / Klopidogrel / Plavix			ostatnio
Sintrom / Acenokumarol / Warfarynę			ostatnio
Czy zażywa Pan/i leki nasenne lub uspokajające? Proszę podać nazwę leku i dawkę			
Czy kiedykolwiek zażywał/a pan/i narkotyki lub środki odurzające?			
Czy pali Pan/i papierosy, fajkę, cygara?			
Jeżeli tak, proszę podać: ile w ciągu doby Od ilu lat			
Czy pije Pan/i alkohol? Jak często?			
Czy nosi Pan/i protezy zębów, „mostki” lub posiada implanty? Czy stan uzębienia Wymaga aktualnie leczenia (np. chwiejące się zęby)?			
Czy nosi Pan/i aparat słuchowy, sztuczne soczewki?			
PYTANIA DLA KOBIET			
Czy jest Pani w ciąży?			
Czy przyjmuje Pani leki antykoncepcyjne lub stosuje hormonalną terapię zastępczą?			
Proszę podać datę ostatniej miesiączki			

JAKIE LEKI PANI/OBECNIE PRZYJMUJE I W JAKICH DAWKACH?

1. 4.
 2. 5.
 3. 6.

INNE UWAGI

OCENA RYZYKA ZAKRZEPOWO - ZATOROWEGO

1 pkt.	Wiek 41 – 60 lat	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
1 pkt.	Mały zabieg chirurgiczny (trwający krócej niż 60 minut)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
1 pkt.	Duży zabieg chirurgiczny w wywiadzie (w ciągu ostatniego miesiąca)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
1 pkt.	Żyłki kończyn dolnych (C3 – C6)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
1 pkt.	Choroby zapalne jelit w wywiadzie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
1 pkt.	Obrzęki kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
1 pkt.	Otyłość (BMI > 30 kg/m)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
1 pkt.	Ostry zawał mięśnia sercowego (zaostrenie w ciągu ostatniego miesiąca)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
1 pkt.	Zastoinowa niewydolność serca (zaostrenie w ciągu ostatniego miesiąca)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
1 pkt.	Ciężkie choroby płuc, w tym zapalenie płuc (w ciągu ostatniego miesiąca)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
1 pkt.	Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
1 pkt.	Obciążenia internistyczne – unieruchomienie w łóżku	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
1 pkt.	Unieruchomienie kończyn dolnych w gipsie lub ortezie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
1 pkt.	Cewnik w żyłę centralnej	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
1 pkt.	Przebyte zapalenie zakrzepowe żył powierzchownych	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
*1 pkt.	Wewnątrzmaciczne obumarcie płodu	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
*1 pkt.	Poronienie nawykowe (>3)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
*1 pkt.	Przedwczesny poród z nadciśnieniem indukowanym ciążą	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
*1 pkt.	Wewnątrzmaciczne zahamowanie wzrostu płodu	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem

2 pkt.	Wiek 60 – 74 lat	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
2 pkt.	Zabieg artroskopowy	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
2 pkt.	Chirurgia laparoskopowa (zabieg trwający dłużej niż 60 minut)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
2 pkt.	Przebyta choroba nowotworowa	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
2 pkt.	Duża otyłość (BMI > 40 kg/m)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
2 pkt.	Trombofilia mniejszego ryzyka (heterozygotyczna postać czynnika V leiden lub mutacji genu protrombin)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
2 pkt.	Wzrost aktywności czynnika VIII . 150%	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
2 pkt.	Zakrzepica żył głębokich lub zator tętnicy płucnej w wywiadzie rodzinnym	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
*2 pkt.	Antykoncepcja hormonalna lub hormonalna terapia zastępcza (HTZ)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
*2 pkt.	Ciąża lub połóg (do 6 tygodni)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem

*3 pkt.	Wiek powyżej 75 lat	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
*3 pkt.	Duży zabieg chirurgiczny (trwający dłużej niż 3 godziny)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
*3 pkt.	BMI > 50 kg	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
*3 pkt.	Przebyta zakrzepica żył głębokich lub zator tętnicy płucnej	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
*3 pkt.	Trombofilia większego ryzyka (homozygotyczna postać czynnika V Leiden lub mutacja 20210A genu protrombiny, niedobór AT, białka C, białka S, obecność przeciwciał antyfosfolipidowych)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
*3 pkt.	Trombofilia złożona (współistnienie genetyczne uwarunkowanych defektów)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
*3 pkt.	Małopłytkowość indukowana heparyną (HIT)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem

5 pkt.	Protezooplastyka dużych stawów kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
5 pkt.	Złamanie biodra, miednicy lub kończyny dolnej (w ciągu ostatniego miesiąca)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
5 pkt.	Udar niedokrwienny mózgu (w ciągu ostatniego miesiąca)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
5 pkt.	Udar wielonarządowy (w ciągu ostatniego miesiąca)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
5 pkt.	Zakrzepica żył głębokich lub zator z tętnicy płucnej w trakcie leczenia	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
5 pkt.	Reoperacja	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
5 pkt.	Zabieg chirurgiczny u chorego z aktywną chorobą nowotworową	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem

Suma punktów

* Czynniki ryzyka, które należy uwzględnić u kobiet

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA / PACJENTKI NA ZNIECZULENIE

Oświadczam, iż podane w ankiecie anestezyjologicznej informacje są zgodne z prawdą.

Stwierdzam, że zrozumiałem / zrozumiałam wszystkie podane informacje i podczas konsultacji miałem / miałam możliwość uzyskania pełnych, zrozumiałych i satysfakcjonujących odpowiedzi na wszystkie moje pytania. Więcej pytań nie mam.

Zostałem / zostałam poinformowany/a o alternatywnych sposobach znieczulenia. Zrozumiałem / am istotę zaproponowanego mi znieczulenia. Uzyskałem / am informację o jego wadach, zaletach oraz o możliwych, dających się przewidzieć powikłaniach (następstwach) z nim związanych.

Po rozmowie z lekarzem anestezyjologiem zgadzam się bez zastrzeżeń na wykonanie proponowanego znieczulenia

Ogólnego	zewnętrznooponowego	podpajęczynówkowego	analgo-sedację	inne
----------	---------------------	---------------------	----------------	------

do planowanego zabiegu operacyjnego oraz towarzyszące znieczuleniu niezbędne postępowanie medyczne.

Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu leczenia w niezbędnym zakresie, zgodnie z aktualnymi zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie tego wymagała sytuacja powstała w wyniku procesu terapeutycznego.

Ponadto przyjmuję do wiadomości i wyrażam świadomą zgodę na uzasadnione medycznie, niezbędne dla mojego dobra, rozszerzenie postępowania anestezyjologicznego (leczenie krążeniowe, oddechowe, założenie centralnego dostępu żylnego, i inne), w razie powstałych w czasie zabiegu niespodziewanych okoliczności.

.....
data, podpis pacjenta

.....
podpis, pieczęć lekarza

WYPEŁNIA ANESTEZJOLOG:

Rodzaj zabiegu

Rodzaj znieczulenia

Ryzyko ASA

Skala Mallampati

KWALIFIKACJA DO LECZENIA PRZECIWKRZEPOWEGO

➤ Ocena ryzyka rozwoju powikłań zakrzepowo – zatorowych (rekomendacje)

0 - 1 pkt. Małe ryzyko	Wczesne uruchomienie chorego
2 pkt. Umiarkowane ryzyko	Zastosowanie profilaktyki farmakologicznej zgodnie ze wskazaniem i zaleceniem producenta
3 pkt. Duże ryzyko	Zastosowanie profilaktyki farmakologicznej zgodnie z zaleceniem producenta. W razie stwierdzenia przeciwwskazań do profilaktyki farmakologicznej zaleca się stosowanie profilaktyki metodami fizykalnymi.
> 4 pkt. Duże ryzyko	Łączenie profilaktyki farmakologicznej i przerywanego pneumatycznego ucisku kończyn dolnych

➤ Rodzaj leku:

➤ Dawkowanie:

➤ Zalecenia wypisowe:

.....
data, podpis i pieczęć lekarza

Informacja o znieczuleniu i uśmierzaniu bólu pooperacyjnego

Witamy serdecznie w imieniu lekarzy anestezjologów. Przed wypełnieniem ankiety anestezyjologicznej prosimy o zapoznanie się z informacjami o znieczuleniu i uśmierzaniu bólu pooperacyjnego.

WAŻNE INFORMACJE:

1. Przygotowanie przed operacją

- Przed operacją u każdego chorego może być konieczne wykonanie dodatkowych badań.
- Podczas konsultacji anestezjolog zapyta Państwa o przeszłość chorobową i przyjmowane leki.
- Anestezjolog wybierze najkorzystniejszy rodzaj znieczulenia dostosowany do operacji, a także do stanu zdrowia

2. W dniu operacji

- Konieczne jest powstrzymanie się w dniu zabiegu operacyjnego od przyjmowania posiłków oraz co najmniej 2 godziny od przyjmowania napojów (woda, kawa, herbata, soki).
- Bezpośrednio przed operacją należy zdjąć biżuterię (pierścionki, łańcuszki) oraz zegarek. Zmyć lakier z paznokci, usunąć makijaż, powiadomić anestezjologa o posiadaniu protez zębowych, soczewek kontaktowych, implantów.
- Przygotowanie do operacji wymagać może golenia skóry okolicy operowanej, wyjęcia protez i zmiany koszuli / piżamy.
- Przed przewiezieniem na salę operacyjną może zostać podany lek przygotowujący do znieczulenia powodujący uspokojenie, zmniejszenie napięcia nerwowego i lęku.
- Na salę operacyjną zostanie Pan / Pani przewiezieni na wózku.
- Podczas znieczulenia ogólnego po dożylnym podaniu leków zasypia się przyjemnie i spokojnie.
- Podczas trwania operacji podawane będą leki przeciwbólowe, uspokajające, a czasem również zwiotczające mięśnie. Często niezbędne jest zaintubowanie lub wprowadzenie maski krtaniowej.
- Wybrane zabiegi operacyjne mogą być przeprowadzane w znieczuleniu przewodowym zapewniającym bezbolesność okolicy operowanej, połączoną z przemijającym osłabieniem możliwości poruszania znieczulonymi kończynami. Jeżeli wyrażicie Państwo taką wolę, dodatkowo możemy podać środek uspokajający dożylnie. Anestezjolog wyjaśni dokładnie sposób postępowania.
- Podczas znieczulenia lekarz anestezjolog będzie stale i wnikliwie kontrolował oddech, pracę serca, EKG, ciśnienie tętnicze krwi. W przypadku koniecznym zastosuje natychmiast odpowiednie leczenie.
- W razie konieczności dla ratowania życia zostanie podany preparat krwiopochodny, jeżeli wyrażicie państwo na to zgodę.

RYZIKO ZNIECZULENIA OGÓLNEGO	
<u>Lekkie powikłania:</u> <ul style="list-style-type: none">• uszkodzenie zębów• chrypka, ból gardła• reakcja alergiczna na leki• drobne uszkodzenia – t.j. uszkodzenie warg, zadrapanie, krwiak w miejscu wkłucia dożylnego	<u>Rzadziej występujące poważne powikłania:</u> <ul style="list-style-type: none">• uszkodzenie krtani• zachłyśnięcie• powikłania sercowo naczyniowe• powikłania oddechowe• uszkodzenia nerwów wywołane ułożeniem na stole operacyjnym
RYZIKO ZNIECZULENIA REGIONALNEGO	
<u>Lekkie powikłania:</u> <ul style="list-style-type: none">• krwiak w miejscu wkłucia• przejściowe problemy z oddawaniem moczu po znieczuleniu podpajęczynówkowym lub zewnątrzoponowym	<u>Rzadziej występujące poważne powikłania:</u> <ul style="list-style-type: none">• niepowodzenie – przejście na znieczulenie ogólne• reakcja uczuleniowa na leki miejscowo znieczulające• zaburzenia oddechowe spowodowane zbyt wysokim poziomem znieczulenia podpajęczynówkowego lub zewnątrzoponowego• zaburzenia rytmu serca• popunkcyjne bóle głowy po znieczuleniu podpajęczynówkowym• - uszkodzenia nerwów obwodowych, w najcięższej postaci aż do porażenia połowicznego

3. Bezpośrednio po zabiegu

- Po operacji obudzi się Pan / Pani na Sali operacyjnej lub w sali wybudzeń, w którym pielęgniarki wspólnie z lekarzem anestezjologiem opiekują się chorymi, aż do ich całkowitego wybudzenia. W tym okresie często występuje senność.
- Jeżeli wystąpią działania niepożądane, będące następstwem operacji, znieczulenia lub uśmierzenia bólu (np. nudności, swędzenie, nadmierna senność) należy natychmiast poinformować personel medyczny.
- Ponieważ po większości operacji nie można jeść ani pić konieczne jest podłączenie dożylnego wlewu kroplowego.
- Niekiedy po operacji konieczne jest umieszczenie cienkiej rurki w żołądku (sondy) dla usuwania gromadzącej się wydzieliny.
- Może być konieczne zastosowanie maski lub cewnika przez nos służących do podawania tlenu. Mogą być odrobinę niewygodne, ale w żadnym wypadku nie należy ich samemu usuwać.
- Bardzo ważne jest głębokie oddychanie. Wskazówek jak należy oddychać udzieli pielęgniarka anestezjologiczna.
- Po znieczuleniu przewodowym należy przestrzegać zakazu podnoszenia głowy przez 6-8 godzin.
- Osłabienie możliwości poruszania znieczulonymi kończynami nastąpi w ciągu 2-4 godzin.
- Po wybudzeniu powróci Pan / pani na oddział łóżkowy lub pozostanie na Sali pooperacyjnej.

Uśmierzenie bólu jest ogólnie zaakceptowanym, uniwersalnym prawem. Ból często jest konsekwencją operacji, ale istnieją skuteczne metody jego uśmierzenia.

Leki przeciwbólowe mogą być podawane różnymi drogami:

- Dożylną – przez wprowadzoną okołooperacyjnie kaniulę,
- Podskórną – przez wprowadzoną okołooperacyjnie kaniulę,
- Doustną – łatwo dostępna i stosowaną chętnie – jeżeli tylko może Pan / Pani przełykać,
- Podjęzykową – tą drogą można podawać tylko nieliczne leki,
- Domięśniową – obecnie bardzo rzadko stosowana,
- Przez cewnik umieszczony w przestrzeni zewnątrzoponowej,
- Bezpośrednio w okolice rany.

Najczęściej stosowane jest łączenie kilku leków przeciwbólowych w celu uzyskania lepszej kontroli odczuwanego bólu. Należyne dawki leków przeciwbólowych są ustalane z uwzględnieniem współistniejących schorzeń i wagi ciała. Dawki będą modyfikowane dla prawidłowego uśmierzenia bólu pooperacyjnego. Pierwsze podanie leku przeciwbólowego ma miejsce najczęściej już na Sali operacyjnej.

Dla osiągnięcia najlepszej możliwej kontroli bólu, ważne jest określenie natężenia bólu zgodnie z informacjami uzyskanymi podczas konsultacji anestezjologa.

Bardzo ważne jest informowanie personelu medycznego kiedy odczuwany ból jest źle uśmierzony, nawet jeśli nastąpi to w nocy.

Jeżeli po zapoznaniu się z informacjami nasuwają się pytania związane ze znieczuleniem i uśmierzeniem bólu po operacji – proszę zapytać lekarza anestezjologa podczas konsultacji.

Można poniżej zapisać pytania:

.....
.....
.....
.....

.....
data, podpis pacjenta

.....
podpis, pieczęć lekarza