



I. DANE PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta: Numer PESEL: Adres: Wzrost: Waga:	Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego: Wiek Pacjenta: Telefon:
---	---

II. INFORMACJA DLA PACJENTA/PREDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA

Szanowni Państwo,

Umieszczone informacje pozwolą Państwu zrozumieć, na czym polega znieczulenie do planowanego zabiegu i jaką rolę pełni lekarz anestezjolog.

Planowany zabieg może zostać przeprowadzony w znieczuleniu ogólnym (potocznie zwanym narkozą).

Bezpieczeństwo i ryzyko podczas znieczulenia.

Na ryzyko związane ze znieczuleniem wpływa wiele czynników. Należą do nich: wiek, ciężar ciała, płeć, ciąża, palenie tytoniu i innych używek, spożywanie alkoholu, zażywanie określonych leków oraz współistniejące choroby (serca, nerek, wątroby, trzustki, układu oddechowego, zaburzenia neurologiczne i stanu psychicznego). Lekarz anestezjolog po zapoznaniu się z ankietą, po rozmowie i zbadaniu pacjenta zapoznaje się z badaniami laboratoryjnymi, ocenia ryzyko znieczulenia, proponuje najbezpieczniejszy rodzaj znieczulenia.

Przed operacją:

- **OD PÓŁNOCY NIE WOLNO PRZYJMOWAĆ POKARMÓW STAŁYCH!**
- **PŁYNY KLAROWNE (WODA NIEGAZOWANA, HERBATA) W ILOŚCI OK 150ML MOŻNA SPOŻYWAĆ DO 2 GODZIN PRZED PLANOWYM ROZPOCZĘCIEM ZNIECZULENIA!**
- zabrania się palenia papierosów minimum 6 godzin przed operacją, a najlepiej 6 tygodni przed;
- zakaz spożywania alkoholu minimum 48 godzin przed zabiegiem;
- konieczna toaleta całego ciała w dniu zabiegu (nie stosujemy balsamów po toalecie);
- należy usunąć makijaż, ściągnąć biżuterię, usunąć protezy zębowe, soczewki kontaktowe;
- leki dotychczas przyjmowane można pobrać zgodnie z zaleceniem przedoperacyjnym lekarza anestezjologa / lekarza prowadzącego;
- należy mieć przygotowaną do wglądu dokumentację medyczną z wcześniejszych hospitalizacji, badań diagnostycznych, konsultacji itp.
- szkła kontaktowe, aparaty ortodontyczne, pierścionki, łańcuszki i ozdoby powinny zostać zdjęte i zabezpieczone. Należy zmyć lakier z paznokci i makijaż.

BEZWZGLĘDNIE PROSZĘ POINFORMOWAĆ LEKARZA JEŚLI NARZUCONY POWYŻEJ REŻIM ZOSTAŁ PRZEZ PAŃSTWA ZŁAMANY!

Po operacji.

- po zabiegu dziecko będzie przebywać na sali pooperacyjnego nadzoru, czas pobytu uzależniony jest od rodzaju zabiegu, stanu ogólnego po zabiegu oraz konieczności monitorowania podstawowych funkcji życiowych w okresie pooperacyjnym. Bezpośrednio po zabiegu będą wdrożone procedury leczenia bólu, a jego nasilenie będzie monitorowane przez pielęgniarki. W okresie pooperacyjnym może wystąpić chrypka, suchość w jamie ustnej, kaszel.
- na sali pooperacyjnej pacjent jest pod opieką lekarza anestezjologa i pielęgniarki anestezjologicznej.
- okulary, aparaty słuchowe najlepiej pozostawić dziecku, aby czuło się pewniej widząc i słysząc. Zostaną one zdjęte przed zaśnięciem, zabezpieczone i oddane dziecku jak tylko się obudzi.

INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY ZNIECZULENIE OGÓLNE/MIEJSCOWE/REGIONALNE

Badania laboratoryjne przed zabiegiem:

1. morfologia (pełna)
2. APTT
3. INR
4. TSH (w przypadku choroby tarczycy)

Badania należy wykonać maksymalnie w ciągu 2 tygodni przed zabiegiem.

Znieczulenie poprzedzone jest najczęściej podaniem leku uspokajającego, zwykle doustnie (czasami domięśniowo), na ok. 30 min. przed znieczuleniem (tzw. premedykacji). Podanie premedykacji ma na celu zmniejszenie lęku, uspokojenie chorego oraz spowodowanie niepamięci zdarzeń związanych z zabiegiem. Przed zabiegiem do żyły na kończynie dziecka (zwykle na dłoni) wprowadzona jest kaniula (Venflon), przez którą w trakcie zabiegu podawane są niezbędne leki.

ZNIECZULENIE OGÓLNE ZWANE DAWNIEJ NARKOZA

Polega na wprowadzeniu pacjenta w głęboki sen, zniesieniu świadomości i odczuwania bólu a jeśli jest taka potrzeba również zwiotczeniu mięśni.

Rodzaje znieczulenia ogólnego:

znieczulenie ogólne dożylnie - znieczulenie może być wykonane przy użyciu leków wstrzykiwanych do żyły

znieczulenie ogólne wziewne - znieczulenie przy użyciu gazów i par anestetycznych podawanych przez maskę twarzową przyłożoną do twarzy dziecka.

znieczulenie ogólne złożone - połączenie dwóch metod znieczulenia (dożylnego i wziewnego).

Podczas każdego znieczulenia ogólnego konieczne jest zapewnienie drożności dróg oddechowych i wydolnego oddechu poprzez odpowiednie utrzymanie żuchwy lub zastosowanie maski krtaniowej lub rurki intubacyjnej oraz zastosowanie oddechu kontrolowanego. Maskę krtaniową wprowadzana jest do gardła a rurka intubacyjna do tchawicy po zaśnięciu pacjenta (**znieczulenie ogólne dotchawicze**).

Intubacja zapewnia wysoki stopień bezpieczeństwa przy sztucznym oddychaniu i chroni płuca przed następstwami wymiotów.

ZNIECZULENIE MIEJSCOWE/REGIONALNE

Ideą znieczulenia miejscowego/regionalnego jest wyłączenie bodźców bólowych z operowanej okolicy ciała. W przypadku starszych dzieci i osób dorosłych można takie znieczulenie wykonać u pacjenta świadomego. U młodszych dzieci, anestezjolog wykona niezbędne nakłucie po uśpieniu (sedacji) dziecka. Leki do znieczulenia miejscowego podaje się z pojedynczego nakłucia. Gdy znieczulenie ma być stosowane przez dłuższy czas, zakładany jest specjalny cewnik, który pozostanie w okolicy nerwów przez czas niezbędny do zapewnienia zniesienia bólu pooperacyjnego. Środek znieczulający zaczyna działać po kilku minutach od podania. Efektem jego działania jest nie tylko zniesienie bólu, ale również blokada ruchowa. Oznacza to, że przez kilka godzin dziecko nie będzie mogło poruszać kończynami lub będzie to możliwe w ograniczonym zakresie. Na czas blokady może być również założony cewnik do pęcherza moczowego.

RYZYKO ZNIECZULENIA

Nie ma znieczulenia bez ryzyka

Wszystkie procedury wykonywane w służbie zdrowia obarczone są mniejszym lub większym ryzykiem powikłań. Dotyczy to również znieczulenia. Ciężkie powikłania są bardzo rzadkie nawet przy znacznych obciążeniach stanu zdrowia dziecka. Znieczulenie jest procedurą bezpieczną, gdy wykonywane jest przez doświadczonego anestezjologa w asyście pielęgniarki anestezjologicznej, przy zastosowaniu właściwego sprzętu i leków.

Do możliwych powikłań znieczulenia należą m.in.: niewydolność krążenia (zapaść, wstrząs), zaburzenia rytmu serca, niewydolność oddychania, reakcje alergiczne, hipertermia złośliwa i inne, a także nudności i wymioty, które są efektem ubocznym działania niektórych leków. Znaczne nasilenie wyżej wymienionych objawów może doprowadzić do konieczności leczenia na Oddziale Intensywnej Terapii i być przyczyną kalectwa lub nagłego zgonu. Z możliwych rzadkich powikłań podczas intubacji może dojść do uszkodzenia błony śluzowej krtani (uczucie drapania, ból gardła) i przejściowych zmian głosu (chrypki). Może dojść do usunięcia czy uszkodzenia zębów – zwłaszcza ruchomych zębów mlecznych.

**INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
ZNIECZULENIE OGÓLNE/MIEJSCOWE/REGIONALNE**

U dzieci znacznie obciążonych chorobą lub poddanych długotrwałemu znieczuleniu okres wybudzenia będzie wydłużony. Również dodatkowe zabiegi (założenie venflonu) mogą wiązać się z ryzykiem powikłań np. ból, krwiaki lub przejściowe uszkodzenie czy zapalenie tkanek.

III. ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA DZIECKA
(wypełnia przedstawiciel ustawowy pacjenta)

Prosimy o dokładne zapoznanie się z pytaniami i wypełnienie ankiety przed rozmową z anestezyjologiem. Prawidłową odpowiedź należy zaznaczyć poprzez wstawienie znaku **X** w odpowiednim polu oraz podanie dodatkowych informacji w przypadku gdy jest to konieczne. Jeśli pytanie jest niejasne proszę wyjaśnić wątpliwości w trakcie rozmowy z anestezyjologiem. Każde pytanie odnosi się do pewnych czynników ryzyka znieczulenia, czasem bardzo istotnych, a na ogół rzadkich albo stosunkowo niewielkich.

- | | |
|---|---|
| 1. Czy w ciągu ostatnich czternastu dni dziecko było szczepione ?
Jeśli tak, proszę podać kiedy, jakie szczepienie: | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| 2. Czy w ciągu ostatnich czternastu dni dziecko było chore ?
Jeśli tak, proszę podać kiedy, jaka choroba: | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| 3. Czy w ciągu ostatnich czternastu dni dziecko otrzymywało leki ?
Jakie to były leki? | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| 4. Czy kiedykolwiek dziecko było w szpitalu ?
Jeśli tak, to z jakiego powodu? | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| 5. Czy Państwa dziecko rozwija się prawidłowo ? | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| 6. Czy dziecko ma orzeczenie o niepełnosprawności ?
Jeżeli tak, to z jakiego powodu ? | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| 7. Czy dziecko pozostaje pod opieką jakiegoś lekarza specjalisty ? | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| 8. Czy stwierdzono u dziecka wadę serca
? Jeśli tak, jaka to wada ? | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| 9. Czy dziecko jest pod opieką kardiologa ?
Jeśli tak, kiedy była ostatnia wizyta? | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| 10. Czy dziecko było już kiedykolwiek operowane w znieczuleniu ogólnym, lub znieczulane do badań ?
Jeśli tak, jaka to była operacja? | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| 11. Czy wystąpiły u dziecka powikłania po znieczuleniu
? Jeśli tak, jakie? | TAK NIE |
| 12. Czy wystąpiły w rodzinie powikłania po znieczuleniu
? Jeśli tak, jakie? | TAK NIE |
| 13. Czy dziecko często (częściej niż 2 x w roku) zapada na infekcje górnych dróg oddechowych (gardła, migdałków, krtani) ? | TAK NIE |
| 14. Czy dziecko choruje na astmę, lub częściej niż 2 x w roku na zapalenie oskrzeli ? | TAK NIE |

**INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
ZNIECZULENIE OGÓLNE/MIEJSCOWE/REGIONALNE**

Imię i nazwisko pacjenta:

- | | | |
|--|-----|-----|
| 15. Czy dziecko choruje na nerki ?
Jeśli tak, jakie to schorzenia ? | TAK | NIE |
| 16. Czy dziecko moczy się w nocy (dotyczy dzieci szkolnych) ?
Jeśli tak, czy otrzymuje jakieś leki ? Jakież? | TAK | NIE |
| 17. Czy dziecko chorowało na WZW (żółtaczkę zakaźną)
? Jeśli tak, to kiedy? | TAK | NIE |
| 18. Czy dziecko ma skłonność do krwawień, lub powstawania
rozległych siniaków ? | TAK | NIE |
| 19. Czy dziecko choruje na cukrzycę ?
Jeśli tak, to jakie leki otrzymuje ? | TAK | NIE |
| 20. Czy dziecko choruje na choroby tarczycy ?
Jeśli taki, to jakie otrzymuje leki ? | TAK | NIE |
| 21. Czy dziecko choruje na padaczkę ?
Jeśli tak, to jakie otrzymuje leki ? | TAK | NIE |
| 22. Czy dziecko miało kiedykolwiek drgawki ? | TAK | NIE |
| 23. Czy dziecko kiedykolwiek straciło przytomność ?
Jeśli tak, to z jakiego powodu? | TAK | NIE |
| 24. Czy występują u dziecka lub w rodzinie: dystrofia
mięśniowa miastenia, miopatia ? | TAK | NIE |
| 25. Czy dziecko choruje na inne choroby neurologiczne (nie wymienione
wyżej) lub psychiczne ? | TAK | NIE |
| 26. Czy dziecko choruje na porfirię (choroba uwarunkowana
genetycznie polegająca na zaburzeniu przemiany hemoglobiny) ? | TAK | NIE |
| 27. Czy dziecko jest na coś uczulone ?
Jeżeli tak, to na co ?
Jakie są objawy uczulenia ? | TAK | NIE |
| 28. Czy dziecko choruje na inne nie wymienione wyżej choroby ?
Jeżeli tak, to jakie ? | TAK | NIE |
| 29. Czy dziecko ma ruszające się zęby lub aparat ortodontyczny ? | TAK | NIE |

Jeżeli macie Państwo jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego znieczulenia prosimy o ich wpisanie poniżej:

.....

.....

.....

.....
Data

.....
Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

.....
Czytelny podpis pacjenta, jeżeli ukończył 16 lat

**INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
ZNIECZULENIE OGÓLNE/MIEJSCOWE/REGIONALNE**

Imię i nazwisko pacjenta:

IV. OŚWIADCZENIE LEKARZA

Po ocenie dokumentacji medycznej, kwalifikacji do procedury, danych z wywiadu i badania przedmiotowego - pacjent został zakwalifikowany do znieczulenia zaplanowanego na dzień

do.....
(nazwa operacji/zabiegu/innej procedury medycznej)

Pod warunkiem wykonania przed znieczuleniem:.....

Planowany rodzaj znieczulenia:

- znieczulenie ogólne dożyłne
- znieczulenie ogólne wziewne i/lub dożyłne bez planowanej intubacji
- znieczulenie ogólne wziewne i/lub dożyłne z planowaną intubacją
- znieczulenie inne ...

W celu zwiększenia bezpieczeństwa podczas znieczulenia i operacji, lekarz anestezjolog niejednokrotnie zmuszony jest wykonać dodatkowe zabiegi, którą służą możliwości poszerzenia monitorowania funkcji życiowych dziecka, lub są niezbędne ze względu na przebieg znieczulenia / operacji. Należą do nich: nakłucie dużych naczyń żylnych, nakłucie tętnicy, założenie sondy do żołądka, założenie cewnika do pęcherza moczowego, przetaczanie krwi i jej składników oraz inne niezbędne, a omówione z lekarzem anestezjologiem działania medyczne.

Podpisywana przez Państwa "Zgoda na znieczulenie" obejmuje wszystkie te procedury

.....
Data

.....
Pieczętka i podpis lekarza

V. OŚWIADCZENIE PACJENTA/PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO**Oświadczam, że**

Podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/am istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia mojego dziecka/podopiecznego, badań oraz przebytych chorób.

Zapoznałem/am się z treścią niniejszego formularza i zrozumiałem treści w nim zawarte.

Uzyskałam(em) od lekarza anestezjologa informacje wyjaśniające postępowanie związane ze znieczuleniem mojego dziecka/podopiecznego. Zostały mi wyjaśnione: sposób znieczulenia, zalety i wady proponowanej metody znieczulenia, możliwe powikłania, okoliczności zwiększające ryzyko wystąpienia powikłań, zabiegi przygotowujące oraz towarzyszące, w tym prawdopodobieństwo przetaczania krwi.

Zrozumiałam(em) wyjaśnienia i zadałam(em) wszystkie interesujące mnie pytania, szczególnie dotyczące rodzaju znieczulenia, jego zalet i wad. Nie mam żadnych dalszych pytań.

Otrzymałem/am instrukcję postępowania przedoperacyjnego.

Oświadczam ponadto, że przed znieczuleniem zastosowano/będzie zastosowany reżim czasowy dotyczący przyjmowania pokarmów i płynów według przedstawionego schematu

**INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
 ZNIECZULENIE OGÓLNE/MIEJSCOWE/REGIONALNE**

Imię i nazwisko pacjenta:

Zrozumiałam(em), że:

Dodatkowe zabiegi uzasadnione potrzebami medycznymi zostaną wykonane tylko w razie bezwzględnej potrzeby, dla dobra dziecka.

W związku z przebiegiem zabiegu lub znieczulenia może zaistnieć konieczność zmiany/modyfikacji znieczulenia.

Po wnikliwym namyśle zgadzam się, aby planowana procedura została przeprowadzona w odpowiednim, dobranym zgodnie z najlepszą wiedzą anestezjologa - znieczuleniu, z uwzględnieniem znieczulenia ogólnego lub regionalnego.

Zgadzam się również na uzasadnione medyczne postępowanie towarzyszące w tym: przetaczanie płynów, krwi, założenie wkłuc dożylnych oraz, w razie konieczności, zmianę sposobu znieczulenia.

**Będąc przedstawicielem ustawowym dziecka/podopiecznego w pełni świadomie
 WYRAŻAM ZGODĘ** na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej jaką jest znieczulenie opisane powyżej w części IV.

Data/godzina	Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego	Czytelny podpis pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat

**Będąc przedstawicielem ustawowym dziecka/podopiecznego w pełni świadomie
 NIE WYRAŻAM ZGODY** na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej

Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej

.....

Data/godzina	Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego	Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego	Czytelny podpis pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat

VI. OŚWIADCZENIE LEKARZA WYKONUJĄCEGO ZNIECZULENIE

Oświadczam, że Formularz Świadomej Zgody został przeze mnie sprawdzony pod względem formalnym i merytorycznym przed przeprowadzeniem powyżej zaakceptowanej przez przedstawiciela ustawowego i pacjenta (w przypadku ukończenia 16 r.ż) procedury medycznej.

Data/godzina	Pieczętka i podpis lekarza