SIKORA CLINIC

INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY-PACJENCI POWYŻEJ 18 r.ż.

ZNIECZULENIE OGÓLNE/REGIONALNE

I. DANE PACJENTA

Imię i nazwisko Pacjenta:
Adres zamieszkania:
Numer PESEL:
Wiek: Waga
Wzrost: Telefon:

II. INFORMACJA DLA 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 przygotowana do wglądu dokumentacje medyczną z wcześniejszych hospitalizacji, badań diagnostycznych, konsultacji itp.**

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

Po operacji.

- Po zabiegu będzie Pan/Pani 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.

Parafka pacjenta……

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.

Na czym polega, co to jest znieczulenie ogólne?

Znieczulenie ogólne to w pełni kontrolowane i odwracalne zniesienie stanu przytomności i odczuwania bólu. Pacjent znajduje się w stanie głębokiego snu. Jest to możliwe po podaniu przez lekarza anestezjologa leków drogą dożylną i wziewną w postaci gazów anestetycznych. Pacjent w trakcie znieczulenia ogólnego nie oddycha sam, oddech jest kontrolowany przez respirator. Lekarz anestezjolog wraz z pielęgniarką anestezjologiczną cały czas kontrolują podstawowe parametry życiowe organizmu (układu krążenia, oddychania, układu nerwowego) oraz monitorują głębokość snu. Podczas każdego zabiegu w znieczuleniu mogą wystąpić poważne powikłania, chociaż zdarzają się one bardzo rzadko. Powikłania zagrażające życiu występują najczęściej u osób w wieku podeszłym, w stanie ogólnym ciężkim i z licznymi chorobami współistniejącymi. Szczególnie, gdy wcześniej nie rozpoznano choroby lub była nie dość skutecznie leczona.

Wykonanie znieczulenia

Podczas wprowadzania do znieczulenia, po podaniu niezbędnych leków p/bólowych, nasennych i zwiotczających mięśnie, konieczne jest umieszczenie w tchawicy miękkiej rurki w celu zabezpieczenia dróg oddechowych.

Podczas znieczulenia lekarz anestezjolog może zdecydować o wykonaniu dodatkowych zabiegów celem zwiększenia bezpieczeństwa pacjenta podczas zabiegu. Może wystąpić potrzeba rozszerzonego monitorowania szczególnie układu krążenia - cewnikowanie dużych naczyń żylnych i tętniczych.

W następstwie wykonania znieczulenia ogólnego może dojść do powikłań:

1. niezagrażające zdrowiu (1:10-1:100)

nudności, wymioty, dreszcze, senność, dezorientacja,, zawroty głowy, ból, suchośc w gardle, chrypka, szumy uszne, uszkodzenia warg/zębów/ dziąseł, krwiak w miejscu wkłucia

2. zagrażające zdrowiu (1:100- 1:5000)

trudności w intubacji i związane z tym uszkodzenie zębów, uszkodzenie mechaniczne krtani lub tchawicy, uszkodzenie rogówki, reakcje alergiczne /nietypowe na podane leki

3. zagrażające życiu i zdrowiu (1:5000-1:100 000)

zatrzymanie akcji serca, groźne zaburzenia rytmu serca, zawał serca, zatory i zakrzepy, udar mózgu, zachłyśniecie treścią żołądkową, odma opłucnowa, nieudana intubacja i wentylacja, mogą prowadzić do nieodwracalnego uszkodzenia mózgu, zgonu

Stan zdrowia pacjenta przed zabiegiem jest czynnikiem, który w ogromnym stopniu wpływa na ryzyko związane ze znieczulaniem ale także zabiegiem. Pacjenci w złym stanie ogólnym, niewystarczającym stopniu stabilizacji chorób przewlekłych są narażeni ponad 20-krotnie bardziej na powikłania niż pacjenci w stanie ogólnym dobrym.

Parafka pacjenta……

SIKORA CLINIC

INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY- PACJENCI POWYŻEJ 18 r.ż
ZNIECZULENIE OGÓLNE/REGIONALNE

Prosimy o dokładne zapoznanie się z pytaniami i wypełnienie ankiety przed rozmową z anestezjologiem. Prawidłową odpowiedź należy zaznaczyć poprzez zakreślenie **kółkiem** przy **KAŻDYM** pytaniu oraz podanie dodatkowych informacji w przypadku gdy jest to konieczne. Jeśli pytanie jest niejasne proszę wyjaśnić wątpliwości w trakcie rozmowy z anestezjologiem.

III. ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

1. **Czy pozostaje Pan/Pani pod opieką lekarza specjalisty?** TAK NIE

   • kardiologia • neurologa • pulmonologa

   Innego specjalisty ……

2. **Czy zażywał Pan/Pani leki w ostatnich dniach lub tygodniach?**
   Jeśli tak, proszę wymienić leki z nazwy, dotyczy to również leków przyjmowanych na stałe: TAK NIE

3. **Przebyte wcześniej operacje i pobyty w szpitalach**
   Proszę podać rodzaj operacji i rok, w którym się odbyła TAK NIE

4. **Czy wystąpiły powikłania w czasie poprzedniego znieczulenia (regionalnego, ogólnego) Jeśli tak, to jakie?** TAK NIE

5. **Czy ma Pan/Pani jakąś niepełnosprawność? Jeśli tak, to jaką?** TAK NIE

6. **Czy coś szczególnego wydarzyło się w związku ze znieczuleniem u członków najbliższej rodziny. Jeżeli tak, to co to było?** TAK NIE

7. **Czy przetaczano Panu/Pani krew lub preparaty krwiopochodne? Z jakiego powodu?** TAK NIE

8. **Czy wystąpiły jakieś powikłania w związku z przetaczaniem krwi lub preparatów krwiopochodnych? Jeśli tak to jakie?** TAK NIE

9. **(Dotyczy kobiet) Czy może być Pani aktualnie w ciąży?** TAK NIE

Czy stwierdzono u Pana/Pani wcześniej lub obecnie chorobę z podanych poniżej układów narządów?

Układ sercowo-naczyniowy	TAK	NIE			
Zaburzenia rytmu serca	TAK	NIE	Zawał serca	TAK	NIE
Kurcze łydek	TAK	NIE	Zapalenie mięśnia sercowego	TAK	NIE
Wada serca	TAK	NIE	Wysokie ciśnienie krwi	TAK	NIE
Zakrzepica żył	TAK	NIE	Niskie ciśnienie krwi	TAK	NIE
Dusznica bolesna	TAK	NIE	Duszność w czasie wchodzenia po schodach	TAK	NIE
Zaburzenia przepływu krwi	TAK	NIE	Inne:		

Parafka pacjenta……

Zabiegi wewnątrznaczyniowe	**TAK**	**NIE**			
Stent wewnątrznaczyniowy	TAK	NIE	Data założenia ..... typ stentu.....		
Embolizowany tętniak	TAK	NIE	Data embolizacji		
Układ oddechowy	**TAK**	**NIE**			
Przewlekłe zapalenie oskrzeli	TAK	NIE	Gruźlica	TAK	NIE
Astma oskrzelowa	TAK	NIE	Rozedma płuc	TAK	NIE
POCHP	TAK	NIE	Inne:		
Wątroba	**TAK**	**NIE**			
Żółtaczka	TAK	NIE	Marskość wątroby	TAK	NIE
Stłuszczenie wątroby	TAK	NIE	Kamica pęcherzyka żółciowego	TAK	NIE
			Inne:		
Nerki	**TAK**	**NIE**			
Podwyższone wartości kreatyniny	TAK	NIE	Kamica nerkowa	TAK	NIE
Zapalenie nerek	TAK	NIE	Inne		
Przewód pokarmowy	**TAK**	**NIE**			
Choroba wrzodowa	TAK	NIE	Refluks przełykowy	TAK	NIE
			Inne		
Trzustka	**TAK**	**NIE**			
Ostre zapalenie trzustki	TAK	NIE	Przewlekłe zapalenie trzustki	TAK	NIE
			Inne		
Przemiana materii	**TAK**	**NIE**			
Cukrzyca	TAK	NIE	Dna moczanowa	TAK	NIE
Otyłość	TAK	NIE	Inne		
Tarczyca	**TAK**	**NIE**			
Nadczynność	TAK	NIE	Niedoczynność	TAK	NIE
Wole	TAK	NIE	Inne		
Układ kostny i stawowy	**TAK**	**NIE**			
Choroby kości	TAK	NIE	Choroby stawów	TAK	NIE
Dyskopatie	TAK	NIE	Inne		
Układ nerwowy	**TAK**	**NIE**			
Padaczka	TAK	NIE	Depresja	TAK	NIE
Porażenia i niedowłady	TAK	NIE	Nerwica	TAK	NIE
Bezsenność	TAK	NIE	Bóle głowy	TAK	NIE
Udar mózgu TAK data:		NIE	Inne		
Narząd wzroku	**TAK**	**NIE**			
Zaćma	TAK	NIE	Jaskra	TAK	NIE
Soczewki kontaktowe	TAK	NIE	Odwarstwienie siatkówki	TAK	NIE
			Inne		

Parafka pacjenta.....

SIKORA CLINIC

INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY- PACJENCI POWYŻEJ 18 r.ż

ZNIECZULENIE OGÓLNE/REGIONALNE

Krew i układ krwionośny	**TAK**	**NIE**			
Zaburzenia krzepnięcia	TAK	NIE	Skłonność do powstawania siniaków	TAK	NIE
Częste krwawienia z nosa	TAK	NIE	Wybroczyny	TAK	NIE
			Inne		
Mięśnie	**TAK**	**NIE**			
Osłabienie mięśni	TAK	NIE	Bóle mięśni	TAK	NIE
			Inne		
Czy u najbliższych członków rodziny występowały choroby mięśni?				TAK	NIE
Jeśli tak, to jakie?					
Alergie	**TAK**	**NIE**	Jeśli tak podać jaka		
Alergia na leki	**TAK**	**NIE**	Jeśli tak podać na jakie leki		
Inne choroby	**TAK**	**NIE**			
Jeśli tak, to jakie?					
Zaburzenia słuchu	**TAK**	**NIE**	Aparat słuchowy	TAK	NIE
Choroby zębów	**TAK**	**NIE**			
Zęby ruchome	TAK	NIE	Implanty	TAK	NIE
Protezy zębowe	TAK	NIE			
Palenie tytoniu	**TAK**	**NIE**	Proszę podać ilość		
Spożywanie alkoholu	**TAK**	**NIE**	Okazjonalnie TAK	Regularnie TAK	

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

……

……

……

……

……

……

…… Data

…… Czytelny podpis pacjenta

Pacjent zgłasza się do kliniki z wypełnioną ankietą oraz dokumentacją medyczną, konsultacjami dotychczasowego leczenia i pobytów w szpitalu.
Proszę zabrać do kliniki stosowane leki w oryginalnych opakowaniach.

Parafka pacjenta……

Imię i nazwisko pacjenta:

IV. OŚWIADCZENIE LEKARZA ANESTEZJOLOGA

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 dożylne
- ☐ znieczulenie ogólne wziewne i/lub dożylne bez planowanej intubacji
- ☐ znieczulenie ogólne wziewne i/lub dożylne z planowaną intubacji
- ☐ inne …….

…….
Data

…….
Pieczątka i podpis lekarza

V. OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że

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

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

Uzyskałam(em) od lekarza anestezjologa informacje wyjaśniające i uzupełniające na temat postępowania związanego ze znieczuleniem. Zostały mi wyjaśnione: sposób znieczulenia, zalety i wady proponowanej metody znieczulenia, możliwe powikłania, okoliczności zwiększające ryzyko wystąpienia powikłań, zabiegi przygotowujące oraz towarzyszące.

Zrozumiałam(em) wyjaśnienia i zadałam(em) wszystkie interesujące mnie pytania, Nie mam żadnych dalszych pytań.

Zapoznałam(em) się z instrukcją postępowania przedoperacyjnego zawartą w formularzu. Oświadczam ponadto, że przed znieczuleniem zastosowano/będzie zastosowany reżim czasowy dotyczący przyjmowania pokarmów i płynów według przedstawionego schematu.

Parafka pacjenta……

INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY- PACJENCI POWYŻEJ 18 r.ż

ZNIECZULENIE OGÓLNE/REGIONALNE

Imię i nazwisko pacjenta:

Zrozumiałam(em), że:

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

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.

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

W pełni świadomie WYRAŻAM ZGODĘ na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej jaką jest znieczulenie opisane powyżej w części IV.

Data/godzina	Czytelny podpis pacjenta (opiekuna prawnego)

W pełni świadomie NIE WYRAŻAM ZGODY na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej

Uzasadnienie przez pacjenta odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej

……

……

Data/godzina	Czytelny podpis pacjenta

Parafka pacjenta……