

## KWESTIONARIUSZ ANESTEZJOLOGICZNY

Imię i Nazwisko ..... data urodzenia.....

Data zabiegu ..... Data konsultacji anestezjologicznej .....

### Szanowni Państwo

Zdecydowali się Państwo na zabieg endoskopowy z anestezjologiem.

W przypadku badań i zabiegów endoskopowych w naszym ośrodku stosuje się tzw. analgosedację lub znieczulenie ogólne. Wyboru metody znieczulenia dokonuje lekarz anestezjolog w porozumieniu z pacjentem, kierując się stanem zdrowia badanego, a tym samym stopniem bezpieczeństwa i ryzyka wystąpienia powikłań.

Podczas konsultacji anestezjologicznej uzyskają Państwo dokładne informacje o planowanym znieczuleniu, jego zaletach, możliwości powikłań oraz opiece po zabiegu. W czasie tej rozmowy można zadawać pytania i otrzymać wyjaśnienia dotyczące wszystkich nurtujących Państwa problemów.

#### Prosimy o przestrzeganie poniższych zaleceń:

- **Przynajmniej 8 godzin przed znieczuleniem do gastrokopii zabronione jest przyjmowanie pokarmów stałych.**
- **Przed kolonoskopią postępowanie jest zgodne z ustalonym schematem.**
- **Do czterech godzin przed znieczuleniem można pić tylko wodę.**
- **W indywidualnych przypadkach lekarz anestezjolog może zmienić powyższe zalecenia.**
- W razie wątpliwości odnośnie postępowania przed zabiegiem zwłaszcza u chorych na cukrzycę (stosowanie leków i spożywanie posiłków) prosimy o skontaktowanie się z anestezjologiem lub z lekarzem prowadzącym i dokładne ustalenie postępowania w dniu znieczulenia.

#### Przed udaniem się na salę zabiegową prosimy:

- wyjąć protezy dentystyczne zarówno częściowe jak i pełne;
- zdjąć biżuterię (kolczyki, łańcuszki, pierścionki, obrączkę);
- zmyć makijaż i jeżeli to możliwe usunąć z paznokci ciemny lakier;
- wyjąć używane soczewki kontaktowe;

#### Pacjenci opuszczający szpital w dniu zabiegu powinni:

- opuszczać szpital w towarzystwie osoby dorosłej;
- mieć zapewnioną opiekę osoby dorosłej do rana następnego dnia;
- nie kierować pojazdami mechanicznymi przez 24 godziny po znieczuleniu;
- mieć dostęp do telefonu i numeru telefonu lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego Szpitala Matopat;
- po przyjęciu środków anestetycznych nie wykonywać żadnych czynności cywilno-prawnych i nie podpisywać żadnych dokumentów w danym dniu.

Na następnej stronie umieściliśmy kwestionariusz, który prosimy wypełnić w domu i przynieść ze sobą na konsultację anestezjologiczną w celu właściwego zaplanowania postępowania medycznego. Zależy nam na uzyskaniu wszelkich informacji na temat schorzeń dotychczas leczonych i chorób przewlekłych, dlatego prosimy również o **przyniesienie na konsultację anestezjologiczną wszystkich istotnych dokumentów** (wypisów ze szpitala, zaświadczeń, wyników badań i konsultacji). Prosimy także o okazanie stosowanych leków w oryginalnych opakowaniach.

## Kwestionariusz przedzabiegowy

Rodzina / opiekun mogą wypełnić kwestionariusz w imieniu Pacjenta

**Czy choruje / chorował Pani/Pan na następujące choroby?**

Jeżeli **(TAK)** proszę podać szczegóły, jeżeli nie to zaznacz zakreślając wyraz **(NIE)**

- |  |               |
|--|---------------|
| Choroby serca  | Tak/Nie _____ |
| Bóle w klatce piersiowej, kołatania serca, omdlenia  | Tak/Nie _____ |
| Wysokie ciśnienie tętnicze krwi  | Tak/Nie _____ |
| Astma oskrzelowa, zapalenie oskrzeli   | Tak/Nie _____ |
| Inne choroby płuc  | Tak/Nie _____ |
| Duszność przy wysiłku lub w nocy   | Tak/Nie _____ |
| Cukrzyca   | Tak/Nie _____ |
| Choroby tarczycy   | Tak/Nie _____ |
| Choroby nerek lub kłopoty z moczem   | Tak/Nie _____ |
| Choroby układu nerwowego (niedowład, udar, SM)   | Tak/Nie _____ |
| Padaczka lub drgawki   | Tak/Nie _____ |
| Anemia lub inne choroby krwi   | Tak/Nie _____ |
| Żylaki kończyn dolnych   | Tak/Nie _____ |
| Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy   | Tak/Nie _____ |
| Inne poważne schorzenia  | Tak/Nie _____ |
| Czy pali Pani/Pan papierosy? (ile na dzień / lat)  | Tak/Nie _____ |
| Czy pije Pan/Pani alkohol? (jakie ilości na tydzień)   | Tak/Nie _____ |
| Czy ma Pani/Pan ruchome zęby, mostki, protezy?   | Tak/Nie _____ |
| Czy ma Pani/Pan rozrusznik lub jakieś implanty?  | Tak/Nie _____ |
| <b><u>Kobiety:</u></b> Czy jest Pani w ciąży?  | Tak/Nie _____ |
| Czy stosuje Pani hormonalne środki antykoncepcyjne lub hormonalną terapię zastępczą?   | Tak/Nie _____ |
| Czy przyjmuje Pani/Pan leki? Jakież? Proszę wymienić   | Tak/Nie _____ |
| _____  |               |
| _____  |               |
| Czy w przeszłości wystąpiła jakaś reakcja uczuleniowa na leki (antybiotyki, leki przeciwbólowe, inne), pokarmy czy jakiegokolwiek inne czynniki? | Tak/Nie _____ |
| _____  |               |
| _____  |               |

Proszę wymienić poprzednie operacje i/lub znieczulenia oraz podać rok wykonania Tak/Nie

---

---

Czy były u Pani/Pana lub członków rodziny problemy związane ze znieczuleniem? Tak/Nie

---

---

Czy jest jeszcze coś, o czym powinien wiedzieć chirurg lub anestezjolog? Tak/Nie

---

---

Czy ma Pani/Pan szczególne potrzeby religijne? Tak/Nie

---

---

Czy potrzebowała Pani/Pan pomocy przy wypełnianiu tego kwestionariusza? Tak/Nie

---

Data Podpis Pacjenta  
(w przypadku małoletniego podpis obojga rodziców lub opiekuna prawnego)

Zgodę na określony rodzaj znieczulenia i procedury medyczne z nim związane należy podpisać po zapoznaniu się z informacjami na pierwszej stronie niniejszego kwestionariusza oraz po konsultacji anestezyjologicznej . Podczas konsultacji anestezjolog omówi rodzaj znieczulenia, postępowanie przed i pooperacyjne a także odpowie na Państwa pytania.

Wyrażam zgodę na znieczulenie, \_\_\_\_\_  
którego założenia, cele, stopień ryzyka z nim związany, możliwości powikłań z niego wynikających zostały mi przedstawione w sposób dla mnie zrozumiały. Potwierdzam tym samym, że udzielono mi wszelkich niezbędnych informacji na temat znieczulenia oraz poświęcono mi wystarczającą ilość czasu. Oświadczam, że miałam/em możliwość zadawania pytań, a odpowiedzi na nie udzielono mi w sposób zwięzły i zrozumiały dla mnie. Jednocześnie zapewniam, iż przekazałam/em wszystkie i prawdziwe informacje o aktualnym swoim stanie zdrowia, o przewlekłych i przebytych chorobach. Potwierdzam także, że zostałam/em poinformowana/y o stanie mojego zdrowia, stwierdzonym rozpoznaniu, proponowanych i możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych oraz o możliwości zastosowania alternatywnych metod znieczulenia, a także o dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania i prognozowanych rokowaniach. Potwierdzam i zapewniam, że składam niniejszą zgodę i oświadczenie świadomie.

---

Data Podpis Pacjenta  
(w przypadku małoletniego podpis obojga rodziców lub opiekuna prawnego)

Wzrost \_\_\_\_\_

Waga \_\_\_\_\_

Wywiad: \_\_\_\_\_

**Badanie przedmiotowe:**

Układ krążenia: \_\_\_\_\_

Układ oddechowy: \_\_\_\_\_

Powstałe układy / inne choroby \_\_\_\_\_

Ocena wg skłai ASA \_\_\_\_\_ Mallampati \_\_\_\_\_

Inna \_\_\_\_\_

Ocena ryzyka sercowo-naczyniowego wg kalkulatora GPCR \_\_\_\_\_

**Badania laboratoryjne:**

Grupa krwi \_\_\_\_\_ Rh \_\_\_\_\_

Hb \_\_\_\_\_ Ht \_\_\_\_\_ Płytki \_\_\_\_\_ Cukier \_\_\_\_\_

Inne \_\_\_\_\_

EKG \_\_\_\_\_

RTG płuc \_\_\_\_\_

Uwagi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Planowane znieczulenia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Podpis anestezjologa