



GRUPA AVIMED

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA DO ZABIEGÓW ENDOSKOPOWYCH (W ZNIECZULENIU DOŻYLNYM)

Wypełnia Pacjent. Proszę dokładnie przeczytać ankietę i odpowiedzieć na zawarte w niej pytania, właściwą odpowiedź należy zakreślić.

Nazwisko i imię:

PESEL: Wzrost: Waga:

Data zabiegu: Rodzaj zabiegu:

1 Czy jest Pani/Pan obecnie pod opieką lekarza specjalisty ?

1	Kardiologa	TAK	NIE	2	Pulmonologa	TAK	NIE
3	Neurologa	TAK	NIE	4	Innego	TAK	NIE

2 Czy zażywał/a Pani/Pan leki w ostatnich dniach lub tygodniach? **TAK NIE**

Jeśli TAK, proszę wymienić:

.....
.....

3 Czy zażywa Pani/Pan leki obniżające krzepliwość krwi (Acenocumarol, Syncumar, Sintrom, Wafin, Aspiryna, Polocard, Acard, Bestpirin, Ticlid, zastrzyki z heparyną lub inne zmniejszające krzepliwość krwi? **TAK NIE**

4 Czy przeżył/a Pan/Pani wcześniej jakieś operacje? **TAK NIE**

Jeśli TAK, proszę opisać jakie i kiedy:

.....
.....

5 Czy ma Pani/Pan wszczepioną endoprotezę stawu, stymulator serca lub inny sztuczny implant? **TAK NIE**

6 Czy wystąpiły u Pana/Pani powikłania podczas ostatniego znieczulenia (ogólnego, miejscowego)? **TAK NIE**

Jeśli TAK, to jakie:

.....
.....

7 Czy ktoś z bliskiej rodziny miał problemy związane ze znieczuleniem? **TAK NIE**

Jeśli TAK, to jakie:

.....
.....

8 Czy wykonywano już u Pani/Pana gastroskopię /kolonoskopię? **TAK NIE**

Czy stwierdzono wówczas chorobę wymagającą leczenia lub kontroli? **TAK NIE**

Czy pojawiły się wówczas powikłania lub inne niepokojące objawy? **TAK NIE**

Jeśli TAK, to jakie:

9 Dotyczy kobiet: Czy może być Pani aktualnie w ciąży ? **TAK NIE**

10 Czy stwierdzono u Pani/Pana chorobę któregoś z podanych niżej układów lub narządów:

1 Choroby układu krążenia:

Nadciśnienie tętnicze	TAK	NIE	Udar mózgu	TAK	NIE
Choroba niedokrwienna serca	TAK	NIE	Omdlenia	TAK	NIE
Wada serca	TAK	NIE	Zawał serca	TAK	NIE
Zaburzenia rytmu serca	TAK	NIE			

2 Choroby układu oddechowego:

Astma oskrzelowa	TAK	NIE	Gruźlica płuc	TAK	NIE
Przewlekłe zapalenie oskrzeli	TAK	NIE	Częste zapalenia płuc	TAK	NIE
Rozedma płuc	TAK	NIE	Czy Pan/Pani pali?	TAK	NIE

3 Choroby neurologiczne i psychiatryczne:

Padaczka	TAK	NIE	Niedowłady kończyn	TAK	NIE
Stwardnienie rozsiane	TAK	NIE	Zaburzenia psychiczne	TAK	NIE
Neuropatie	TAK	NIE	Nerwice	TAK	NIE

4 Choroby endokrynologiczne i metaboliczne:

Choroby tarczycy	TAK	NIE	Cukrzyca	TAK	NIE
Choroby nadnerczy	TAK	NIE			

5 Krew i układ krwiotwórczy:

Zaburzenia krzepnięcia	TAK	NIE	Częste krwawienia z nosa	TAK	NIE
Skłonność do powstawania siniaków	TAK	NIE	Wybroczyny	TAK	NIE

- 11 Czy w rodzinie występuje hemofilia? **TAK NIE**
- 12 Choroby oczu (jaskra/zaćma)? **TAK NIE** Inne choroby oczu?:.....
- 13 Choroby nerek? **TAK NIE** (jakie?)
- 14 Choroby wątroby? **TAK NIE**
(jakie?)
- 15 Czy rozpoznano u Pani/Pana wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C, zakażenie wirusem HIV lub inne choroby zakaźne?
..... **TAK NIE**
- 16 Czy przeprowadzono szczepienie przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby? **TAK NIE**
- 17 Czy choruje Pan/Pani na INNE CHOROBY nie wymienione powyżej ? **TAK NIE**
Jeśli TAK, to jakie ?
- 18 Czy kiedykolwiek rozpoznano u Pani/Pana uczulenia na leki (antybiotyki, przeciwbólowe), jakie?
.....
- 19 Czy przyjmuje Pani/Pan insulinę? **TAK NIE**
- 20 Czy jadł/a Pani/Pan cokolwiek w ciągu ostatnich 6-ciu godzin? **TAK NIE**
- 21 Czy obecnie Pani/Pan kaszle lub jest przeziębiona/y? **TAK NIE**
- 22 Czy nosi Pani/Pan szkła kontaktowe? **TAK NIE**
- 23 Czy nosi Pani/Pan protezy zębowe lub ma wstawione implanty zębowe? **TAK NIE**

WYNIKI BADAŃ	PRAWIDŁOWE	NIEPRAWIDŁOWE	UWAGI
morfologia			
APTT			
PT (INR)			
sód			
potas			
EKG spoczynkowe			

Oświadczam, że zapoznałem się z przedstawionymi wynikami badań, oryginały badań oddano pacjentowi.

Podpis lekarza

OŚWIADCZENIA PACJENTA:

Oświadczam, że nie zataiłam/em żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, w tym informacji o chorobach przewlekłych, przebiegu dotychczasowego leczenia i przyjmowanych lekach.

Podpis Pacjenta:

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

METODA ZNIECZULENIA:

Znieczulenie ogólne dożylnie:

Jest ono porównywalne ze znieczuleniem stosowanym przy operacjach. Polega ono na **podaniu leków uspokajających, przeciwbólowych i nasennych drogą dożylną**. Pacjent nie odczuwa bólu a świadomość jest okresowo lub całkowicie zniesiona. W trakcie znieczulenia monitorowane są czynności życiowe oraz podawany jest tlen. Budzenie chorego po badaniu zwykle trwa kilka lub kilkanaście minut w zależności od stosowanego leku.

Większość leków eliminowana jest z organizmu przez dłuższy czas, więc **Pacjent nie powinien pozostawać sam przez 24h, ani nie może prowadzić samochodu czy innych pojazdów, dlatego konieczna jest opieka osoby towarzyszącej w trakcie, po badaniu i w drodze do domu bez względu na wiek Pacjenta. Przez ok 2h po badaniu powinno powstrzymać się od jedzenia i picia.**

Możliwe powikłania po zastosowaniu znieczulenia:

Większość z nich ma charakter lekkich i przejściowych dolegliwości nie powodujących trwałych następstw dla Pacjenta, do najczęstszych zalicza się:

- Uczucie braku powietrza i przejściowe trudności w oddychaniu bezpośrednio po wybudzeniu;
- Nudności i wymioty;
- Nietypowe reakcje na leki anestezyjologiczne;

Do ciężkich, bardzo rzadko występujących powikłań, zalicza się:

- Niedotlenienie organizmu związane z trudnościami w wentylacji;
- Aspiracja treści pokarmowej do płuc i w następstwie ciężka niewydolność oddechowa;

OŚWIADCZENIE PACJENTA:

Zapoznałem/łam się uważnie z przedstawionymi informacjami o znieczuleniu, możliwych powikłaniach oraz zaleceniach i **wyrażam zgodę na wykonanie u mnie badania kolonoskopii / gastrokopii* w znieczuleniu dożylnym:**

1. Oświadczam także, że jestem z osobą towarzyszącą, która pozostanie ze mną przez 24 godziny od podania mi leków znieczulających do zabiegu endoskopowego.
2. Oświadczam, że przez 24 godziny od zabiegu nie będę prowadzić pojazdów mechanicznych, nie będę podejmował/a żadnych decyzji prawnych ani finansowych oraz nie będę samotnie sprawował/a opieki na dziećmi.

Data:

Podpis Pacjenta:

*niepotrzebne skreślić