

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

wypełnia pacjent

Imię i nazwisko

PESEL/wiek

waga

wzrost

Należy dokładnie przeczytać i odpowiedzieć na poniższe pytania.

Proszę wymienić, jakie leki i w jakich dawkach Pan/Pani obecnie przyjmuje.

Lek	Dawka

Przebyte operacje/zabiegi. Czy były problemy ze znieczuleniem – jakie?

Rodzaj operacji/zabiegu	Rok	Ewentualne problemy

Czy jest Pan/Pani uczulony/a na leki, substancje, lateks, inne – proszę wymienić.

Proszę zaznaczyć X odpowiednią kratkę.	Tak	Nie	Uwagi
Czy był/a Pan/Pani leczony/a krwią?			
Czy leczy się bądź leczył/a się Pan/Pani z powodu chorób/dolegliwości:			
Choroby serca (zawał, zapalenie, niedokrwienie, wada, sten-ty, nierówne bicie serca, stymulator serca, utraty przytom-ności).			
Choroby krążenia (nadciśnienie tętnicze, niskie ciśnienie tę-tnicze, duszność, łatwa męczliwość, niska wydolność fizyczna, bóle łydek przy chodzeniu, żyłaki, zapalenie żył, obrzęki).			
Choroby płuc (astma, POCHP, przewlekłe zapalenie oskrze-li, rozedma, bezdech senny, zatorowość płucna, gruźlica, zapalenie płuc)			
Choroby żołądka (zapalenie, refluks, choroba wrzodowa żołądka)			
Choroby wątroby (żółtaczka, marskość, stłuszczenie wątroby)			
Choroby układu moczowego (niewydolność nerek, zapa-lenie, kamica, przerost prostaty, trudności w oddawaniu moczu, częste infekcje, dializoterapia)			
Choroby przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa, inne)			
Choroby tarczycy, nadnerczy (wole, niedoczynność lub nad-czynność tarczycy, gruczolak)			
Choroby oczu (jaskra, zaćma, zez)			
Choroby neurologiczne (udar, wylew, niedokrwienie, osłabie-nie sił lub czucia, drgawki, padaczka)			
Zmiany nastroju (nerwica, depresja, choroby psychiatryczne)			
Choroby układu szkieletowego (bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe, RZS, osłabienie mięśni)			
Choroby krwi i układu krzepnięcia (skłonność do krwawień lub nadkrzepliwości, anemia, podskórne wylewy krwi)			

Proszę zaznaczyć X odpowiednią kratkę.	Tak	Nie	Uwagi
Czy pije Pan/Pani alkohol lub stosuje inne używki?			
Czy pali Pan/Pani papierosy?			
Czy posiada Pan/Pani protezy zębowe, mostki zębowe, koronki, licówki, implanty, kompozytową odbudowę zębów?			
Czy nosi Pan/Pani szkła kontaktowe?			
Czy jest Pani w ciąży?			

Oświadczam, że wszystkie podane odpowiedzi są zgodne z prawdą i nie zataiłam/em żadnych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia.

Data, czytelny podpis pacjenta

Podpis anestezjologa

ZGODA NA ZNIECZULENIE

wypełnia pacjent w obecności anestezjologa

Ja (imię i nazwisko)

niżej podpisany/a proszę o wykonanie u mnie:
(należy zaznaczyć **X** odpowiednią kratkę)

znieczulenia przewodowego **podpajęczynówkowego** **ciągłego**

znieczulenia **nerwów obwodowych/blokad międzypowięziowych**

znieczulenia **regionalnego dożylnego**

znieczulenia przewodowego **zewnątrzoponowego** **ciągłego**

sedacji

znieczulenia **ogólnego**

inne

do operacji/zabiegu

oraz wyrażam zgodę na towarzyszące temu postępowanie (infuzje, transfuzje, stosowanie potrzebnych leków) w czasie trwania zabiegu oraz po jego zakończeniu.

Zgadzam się na uzasadnione medyczne zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego (w tym zmianę rodzaju znieczulenia).

Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany/a o proponowanym znieczuleniu, miałem/am nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego znieczulenia, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań oraz, że uzyskałem(am) zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi.

Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na którą miałem/am wystarczającą ilość czasu.

Oświadczam także, że nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych leków, będąc świadomym/ą wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych.

Data, czytelny podpis pacjenta

Podpis anestezjologa

UWAGI DODATKOWE

WAŻNE INFORMACJE

Termin konsultacji anestezyjologicznej zostanie Państwu przekazany telefonicznie. Konsultacje przeprowadzane są w Poradni Anestezyjologicznej. Przed konsultacją anestezyjologiczną proszę wykonać badania krwi na podstawie skierowania na badania laboratoryjne.

Gdzie można wykonać badania krwi:

1. Szpital Żywiec, ul. Pola Lisickich 80, Żywiec – w godzinach **7:15–14:00**
2. Punkt pobrań, al. Józefa Piłsudskiego 50, Żywiec, II piętro – w godzinach **7:15 –11:00**

W kwestii przygotowania do badań, prosimy się stosować do zaleceń lekarza.

Więcej informacji na temat badań laboratoryjnych znajdą Państwo na naszej stronie internetowej:

www.szpitalzywiec.pl/laboratorium

Do konsultacji anestezyjologicznej proszę zabrać ze sobą:

1. **Okulary** do czytania i długopis.
2. Wypełnioną **ankietę** wywiadu anestezyjologicznego.
3. Całą posiadaną **dokumentację medyczną**:
 - karty informacyjne leczenia szpitalnego (wypisy ze szpitala),
 - wyniki badań dodatkowych z ostatniego roku (krwi, USG, endoskopii, itd.),
 - informacje o stanie zdrowia i stosowanych lekach od lekarza rodzinnego,
 - informacje o stanie zdrowia i stosowanych lekach od specjalisty (jeżeli jest Pan/i pod opieką specjalisty, np. kardiologa, diabetologa, endokrynologa itd.).
4. Wszystkie **zażywane leki**, witaminy, suplementy diety w oryginalnych opakowaniach.
5. **Pomiary ciśnienia** tętniczego wykonywane na ramieniu 2 razy dziennie (rano i wieczorem) przez 5-7 kolejnych dni.