

# Zespół Opieki Zdrowotnej w Pińczowie

## ANESTEZJOLOGICZNA KARTA BADANIA PRZEDOPERACYJNEGO

Imię i nazwisko pacjenta.....Wiek.....  
 Wzrost.....Waga.....Oddział.....  
 Rozpoznanie.....  
 Rodzaj zabiegu.....

### Wypełnia anestezjolog

Rodzaj znieczulenia.....Ryzyko ASA.....BP,RR.....  
 Premedykacja...Dormicum .....  Relanium.....  Inne.....  
 Grupa krwi.....Zamowiona krew i osocze.....  
 Odchylenia w badaniach dodatkowych.....  
 .....  
 Odchylenia w badaniu przedmiotowym.....  
 .....  
 Inne uwagi.....  
 .....  
 .....

### Oświadczenie pacjenta i zgoda na znieczulenie

Lekarz..... przeprowadził(a) ze mną rozmowę wyjaśniającą problem znieczulenia do operacji.  
 Podczas tej rozmowy mogłem(am) pytać o wszystkie interesujące mnie problemy dotyczące rodzaju znieczulenia,  
 związanego z tym ryzyka oraz okoliczności, które mogą wystąpić przed i po operacji. Oświadczam, że poinformowano  
 mnie o typie znieczulenia i ewentualnych jego powikłaniach. Nie mam więcej pytań.

Wyrażam zgodę na wykonanie znieczulenia:

- ogólnego.....
- regionalnego.....
- przewodowego.....
- innego.....

do zabiegu operacyjnego. Zgadzam się na towarzyszące operacji postępowanie, tj. infuzję płynów, transfuzję krwi  
 obcej i własnej, niezbędne leki podawane w czasie i po operacji. Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub  
 rozszerzenia postępowania anestezjologicznego, w tym na zmianę rodzaju i zakresu znieczulenia.

Uwagi pacjenta.....  
 .....  
 .....

Podpis pacjenta.....

Data przeprowadzonej rozmowy..... Podpis i pieczęć anestezjologa .....

### Kwestionariusz przedoperacyjny (wypełnia pacjent)

Kwestionariusz służy do zebrania informacji, na podstawie których możliwe będzie wybranie najbardziej korzystnego i bezpiecznego dla Pana/i postępowania medycznego. Pana/i współpraca przyczyni się do optymalnego przebiegu leczenia. Uprzejmie prosimy o podanie szczegółów dotyczących Pana/i zdrowia, tak w przeszłości jak i obecnie. Prosimy o przeczytanie poniższych pytań i udzielanie na nie odpowiedzi, zaznaczając „X” w pola, które Pana/i dotyczą lub podkreślając prawidłową odpowiedź. W przypadku pytań otwartych prosimy o wpisanie odpowiedzi.

Imię i nazwisko:..... Wiek.....

-Czy był(a) Pan(i) operowany(a), Kiedy  Tak  Nie  Nie wiem

-Rodzaj operacji

-Czy dobrze zniosł(a) Pan(i) znieczulenie  Tak  Nie  Nie wiem

-Czy miał(a) Pan(i) transfuzję krwi ? Kiedy ?  Tak  Nie  Nie wiem

-Czy dobrze zniosł(a) Pan(i) tę transfuzję ?  Tak  Nie  Nie wiem

-Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na:

-Serce: zawał, choroba niedokrwienna, wada serca  Tak  Nie  Nie wiem

-Krążenie: nadciśnienie, omdlenia, duszności  Tak  Nie  Nie wiem

-Płuca: gruźlicę, rozedmę, astmę, POCHP  Tak  Nie  Nie wiem

-Żołądek : choroba wrzodowa, zapalenie  Tak  Nie  Nie wiem

-Wątrobę: żółtaczka, stłuszczenie, marskość  Tak  Nie  Nie wiem

-Układ moczowy: zapalenie i niewydolność nerek, kamica  Tak  Nie  Nie wiem

-Cukrzycę, dnę moczanową, porfirię  Tak  Nie  Nie wiem

-Tarczycę: wole, niedoczynność lub nadczynność  Tak  Nie  Nie wiem

-Choroby oczu: jaskra, wada wzroku, zez  Tak  Nie  Nie wiem

-Choroby nerwow: porażenie, drgawki, udar, padaczka  Tak  Nie  Nie wiem

-Zmiany nastroju: depresja, nerwica  Tak  Nie  Nie wiem

-Choroby kręgosłupa, zmiany w stawach, osłabienie mięśni  Tak  Nie  Nie wiem

-Choroby krwi: skłonność do krwawień, siniaków  Tak  Nie  Nie wiem

-Uczulenia: leki, plastry, katar sienny, inne  Tak  Nie  Nie wiem

-Choroby naczyń krwionośnych: zylaki, tętniaki  Tak  Nie  Nie wiem

-Czy pije Pan(i) alkohol ?  Tak  Nie

-Czy jest Pani w ciąży ?  Tak  Nie  Nie wiem

-Protezy zębowe wyjmowane  Tak  Nie

-Szkła kontaktowe , protezy oka  Tak  Nie

-Czy Pan(i) pali papierosy. Jeśli tak to ile ?  Tak  Nie

-Czy używa Pan(i) środki nasenne. Jeśli tak to jakie ?  Tak  Nie.

Inneschorzenia.....

Jakie leki Pan(i) przyjmuje obecnie?.....

Data.....

Podpis pacjenta .....