

Data.....

PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Nazwisko Imię Wiek

Rozpoznanie

Zabieg

1. Czy leczy się Pan(i) ostatniotak.....nie.....nie wiem
2. Jeśli tak, to jakie schorzenie
3. Jakie leki obecnie Pan(i) przyjmuje
4. Czy był Pan(i) operowanytak.....nie.....nie wiem
.....w roku.....
.....w roku.....
.....w roku.....
5. Czy dobrze zniósł Pan(i) znieczulenietak.....nie.....nie wiem
6. Czy miał Pan(i) transfuzję krwitak.....nie.....nie wiem
Kiedy
7. Czy dobrze zniósł(a) Pan(i) transfuzję krwitak.....nie.....nie wiem
8. Czy zgadza się Pan(i) na podanie krwi w razie potrzebytak.....nie.....nie wiem
9. Choroby serca (zawał, zapalenie, choroba wieńcowa, wada)tak.....nie.....nie wiem
10. Choroby układu krążenia (ciśnienie wysokie, niskie, omdlenie)tak.....nie.....nie wiem
11. Choroby naczyń (żylaki, zapalenie żył, zatory, zakrzepy)tak.....nie.....nie wiem
12. Choroby płuc (gruźlica, zapalenie, rozedma, pylica)tak.....nie.....nie wiem
13. Choroby dróg oddechowych (zapalenie oskrzeli, astma)tak.....nie.....nie wiem
14. Choroby żołądka (choroba wrzodowa)tak.....nie.....nie wiem
15. Choroby wątroby (żółtaczka)tak.....nie.....nie wiem
16. Szczepienie p/żółtaczcetak.....nie.....nie wiem
Jeśli tak, to kiedy
17. Choroby układu moczowego(zapalenie, kamica)tak.....nie.....nie wiem
18. Choroby przemiany materii (np. cukrzyca)tak.....nie.....nie wiem
19. Choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność)tak.....nie.....nie wiem
20. Choroby oczu(np. jaskra)tak.....nie.....nie wiem
21. Choroby układu nerwowego(porażenia, drgawki, udar)tak.....nie.....nie wiem
22. Zmiany nastroju(choroba psychiczna, nerwica)tak.....nie.....nie wiem
23. Choroby układu szkieletowego(„korzonki”, zwyrodnienie stawów)tak.....nie.....nie wiem
24. Choroby krwi (skłonność do krwawień)tak.....nie.....nie wiem
25. Uczulenia(katar sienny, wysypka, na leki, plaster, pokarmy)tak.....nie.....nie wiem
26. Czy może być Pani w ciążytak.....nie.....nie wiem
27. Czy używa Pan(i) protezy zębowe lub szkła kontaktowetak.....nie.....
Czy Pan(i) pali papierosy/cygara lub fajkętak.....nie.....
Od kiedy już nie.....
28. Czy pije Pan(i) alkohol.....nie.....rzadko.....regularnie.....dużo

Oświadczenie pacjenta

Dr przeprowadził ze mną rozmowę wyjaśniającą problem znieczulenia do operacji. Podczas tej rozmowy mogłem(-am) pytać o wszystkie interesujące mnie problemy dotyczące rodzaju znieczulenia, związanego z nim ryzyka oraz innych okoliczności przed i pooperacyjnych.

Zgoda na znieczulenie

Niniejszym **wyrażam zgodę** na znieczulenie ogólne/regionalne – do zabiegu, jak również na towarzyszące temu postępowanie (infuzje, leczenie krążeniowe, oddechowe) w czasie i po zabiegu. Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego (w tym zmianę rodzaju znieczulenia).

.....
Podpis lekarza

.....
Podpis pacjenta

Badanie fizykalne (wypełnia lekarz)

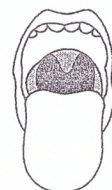
Temperatura°C Ciśnienie tętniczemmHg tętno/min
Masa ciałakg Stan świadomości GCSpkt.

1. Układ krążenia

2. Układ oddechowy

3. Ocena ryzyka trudnej intubacji – SKALA WILSONA zmodyfikowana:

1. Masa ciała (w kg)	< 90g 90-110 >110	0 1 2	4. Cofnięta broda	nie umiar silnie	0 1 2	7. Inne: krótka, gruba szyja, radioterapia ok. szyi i g.d.o., duży język, wady wrodzone, guzy, ropnie i rany szyi, obrzęk krtani, zap. nagłośni	3
2. Ruchomość kręgosłupa szyjnego	>90° 90°±10° <90°	0 1 2	5. Wystające zęby	nie umiar silnie	0 1 2	8. Skala Malapatiego	
3. Otwieranie ust	>5cm <5cm <5cm bez subluks.	0 1 2	6. Odległość tarczowo- bródkowa	>6cm ok.6cm <6cm	0 1 2	0 pkt	1 pkt
						2 pkt	3 pkt



SUMA pkt

4. Inne.....

5. Badania laboratoryjne : HGB..... HCT PLT..... Sód.....Potas..... Glukoza

Czas protrombinowyINR.....APTTKreatynina..... TSH FT3..... FT4.....

Uwagi lekarza

Ryzyko ASA Grupa krwi..... Rh Rezerwacja krwiml

Rezerwacja osoczaml

Premedykacja:

1.

2.

.....
Podpis lekarza