

# ANKIETA PRZEDOPERACYJNA

(załącznik do procedury QP/O/12, wydanie II)

Dane pacjenta										wypełnia opiekun prawny
Imię i nazwisko		PESEL								
Data urodzenia		Ciężar ciała			Wzrost					
Rozpoznanie										wypełnia operator
Rodzaj zabiegu										
Alergia						ASA				wypełnia anestezjolog

## DRODZY RODZICE!

Ponieważ operacje i bolesne zabiegi diagnostyczne wykonywane są w znieczuleniu, zapewniając Waszemu Dziecku pełną bezbolesność, jesteśmy zmuszeni prosić Państwa o wyrażenie na niej świadomej zgody.

Świadoma zgoda na wykonanie znieczulenia polega nie tylko na samym złożeniu podpisu, ale przede wszystkim na świadomym wyborze proponowanego Państwu przez lekarza anestezjologa rodzaju i metody znieczulenia Waszego Dziecka.

## KTO WYKONUJE ZNIECZULENIE?

Za przeprowadzenie znieczulenia, jak również nadzorowanie podstawowych funkcji życiowych pacjenta (szczególnie oddychania i pracy serca) odpowiedzialny jest lekarz anestezjolog, który posiada specjalistyczną wiedzę z zakresu znieczulania, reanimacji i intensywnej opieki medycznej. Współpracuje on z pielęgniarkami anestezjologicznymi oraz z lekarzem przeprowadzającym zabieg dbając o bezpieczeństwo i pełen komfort psychiczny pacjentów przed, w trakcie, jak i po zabiegu. W czasie, gdy chirurg operuje, to właśnie anestezjolog odpowiada za życie operowanego pacjenta.

## CO TO JEST ZNIECZULENIE?

Istnieją następujące rodzaje znieczulenia: 1. Znieczulenie ogólne, 2. Znieczulenie przewodowe, 3. Znieczulenie kombinowane będące połączeniem obu wymienionych wcześniej.

Znieczulenie ogólne – narkoza, jest to jeden ze sposobów, umożliwiających wykonanie operacji przez chirurgów i chroniących dziecko przed cierpieniem. Znosi ona świadomość i odczuwanie bólu w całym organizmie. Dziecko od początku do końca narkozy znajduje się w stanie przypominającym głęboki sen. Znieczulenie poprzedzone jest podaniem leku uspokajającego. Po nim podaje się środek usypiający. Kontynuacja znieczulenia polega na powtarzanych wstrzyknięciach leku do żyły (znieczulenie dożylnie) lub podawaniu do oddychania środka gazowego (znieczulenie wziewne).

W czasie znieczulenia wziewnego mieszanina gazów może być podawana do dróg oddechowych za pomocą maski przyłożonej do twarzy dziecka (znieczulenie za pomocą maski) lub przez rurkę intubacyjną (znieczulenie dotchawicze), która wprowadzana jest do tchawicy po zaśnieściu dziecka. Intubacja zapewnia wysoki stopień bezpieczeństwa przy sztucznym oddychaniu i chroni płuca przed następstwem wymiotów.

Znieczulenie przewodowe – jest to jeden ze sposobów zapewnienia bezbolesności podczas zabiegu operacyjnego lub diagnostycznego, który polega na tym, że lek znieczulający podaje się w okolicę nerwów odpowiedzialnych za przewodzenie bólu, powodując zniesienie jego odczuwania w obrębie operowanej części ciała.

Zastosowanie rodzaju i metody znieczulenia jest uzależnione od wielu czynników min.: od rodzaju zabiegu, istniejących wskazań lub przeciwwskazań, a także stanu zdrowia Waszego Dziecka. Zawsze wybieramy tę najlepszą i najbezpieczniejszą dla danego dziecka i zabiegu operacyjnego.

## POWIKŁANIA ZNIECZULENIA

Nie istnieje całkowicie bezpieczna metoda znieczulenia. Chociaż zagrażające życiu powikłania znieczulenia są obecnie bardzo rzadkie, nawet przy znacznych obciążeniach stanu zdrowia. Bez względu na czas trwania znieczulenia podejmuje się zawsze te same konieczne środki bezpieczeństwa. Jeśli jesteście Państwo zainteresowani szczegółami dotyczącymi znieczulenia i ewentualnych możliwych powikłań, proszę nie wahać się zapytać o to anestezjologa podczas wizyty konsultacyjnej.

## PRZERWA ŻYWIENIOWA

Przed planowanym znieczuleniem konieczne jest wstrzymanie karmienia i pojenia. Dla bezpieczeństwa Państwa dziecka przerwa ta powinna wynosić: 3 godziny dla dzieci karmionych mlekiem matki, 4 godziny dla dzieci karmionych mieszankami mlecznymi i 6 godzin dla dzieci karmionych normalną dietą. Pojenie wodą dopuszczalne jest do 1 godziny przed znieczuleniem. Inne napoje klarowne 2 godziny, nieklarowne (w tym mleko krowie) 6 godzin.

Prosimy o uważne zapoznanie się z poniższym kwestionariuszem przed rozmową z anestezjologiem i zaznaczenie TAK/NIE. Prosimy o podanie dodatkowych informacji, tam gdzie jest to wymagane.

Jeżeli pytanie jest niejasne proszę wyjaśnić wątpliwości w trakcie rozmowy z konsultującym anestezjologiem.

1. Czy Państwa dziecko było leczone w ciągu ostatnich 12 miesięcy  tak  nie

Jeżeli tak, to z powodu jakiej choroby? .....

2. Czy dziecko rozwija się prawidłowo?  tak  nie

3. Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności?  tak  nie

4. Czy dziecko znajduje się pod opieką poradni specjalistycznych?  tak  nie

Jakich? .....

5. Czy dziecko było szczepione w ciągu ostatnich dwóch tygodni?  tak  nie

6. Czy u Państwa dziecka były obserwowane jakiegokolwiek powikłania związane ze szczepieniem?  tak  nie

7. Czy dziecko było już operowane? (proszę podać rok i rodzaj operacji?)  tak  nie

8. Czy w czasie lub po znieczuleniu wystąpiły jakieś powikłania?  tak  nie

trudności z obudzeniem	konieczność przebywania dziecka po	inne (opisz)
uporczywe nudności lub wymioty	operacji w oddziale intens. terapii	

9. Czy u bliskich krewnych dziecka (rodzice, dziadkowie rodzeństwo) doszło w związku z narkozą do niewyjaśnionych powikłań?  tak  nie

Jeżeli tak, to jakie? .....

10. Czy dziecko miało kiedyś transfuzję krwi?  tak  nie

Jeśli tak to kiedy ostatnio i czy towarzyszyły temu jakiegokolwiek powikłania? .....

11. Czy dziecko ma problemy z układem krążenia?  tak  nie

<input type="checkbox"/> wada serca	<input type="checkbox"/> szmer serca	<input type="checkbox"/> operacja serca lub naczyń
<input type="checkbox"/> sinica przy wysiłku	<input type="checkbox"/> wysokie ciśnienie tętnicze	<input type="checkbox"/> przeżyta gorączka reumatyczna
<input type="checkbox"/> duszność przy wysiłku	<input type="checkbox"/> nierówne lub szybkie bicie serca	<input type="checkbox"/> inne (opisz) .....

12. Czy dziecko miało jakieś choroby oskrzeli, płuc lub inne problemy z oddychaniem?  tak  nie

<input type="checkbox"/> astma oskrzelowa	<input type="checkbox"/> zapalenie krtani	<input type="checkbox"/> zapalenie płuc (ostatnie 2 miesiące)
<input type="checkbox"/> „nadreaktywność” oskrzeli	<input type="checkbox"/> zapalenie nagłośni	<input type="checkbox"/> częste zapalenia migdałków
<input type="checkbox"/> przewlekły kaszel z odksztuszaniem wydzieliny	<input type="checkbox"/> przeziębienie, infekcja dróg oddechowych (ostatnie 2 tygodnie)	<input type="checkbox"/> oddychanie ustami
		<input type="checkbox"/> chrapanie w nocy

13. Czy dziecko ma lub miało jakieś problemy z żołądkiem lub wątrobą?  tak  nie

<input type="checkbox"/> choroba wrzodowa	<input type="checkbox"/> zapalenie wątroby/żółtaczką (inna niż fizjologiczna po urodzeniu dziecka)	<input type="checkbox"/> wady układu pokarmowego
<input type="checkbox"/> zapalenie żołądka	<input type="checkbox"/> choroba Gilberta	jakie (opisz) .....
<input type="checkbox"/> refluks żołądkowo-przełykowy		.....

14. Czy dziecko ma lub miało jakieś problemy z układem moczowym (nerki, pęcherz)?  tak  nie

zapalenie nerek	częste infekcje	wady układu moczowego
kamica nerkowa L P	refluks pęcherzowo-moczowodowy	inne (opisz)

15. Czy dziecko ma lub miało choroby endokrynologiczne?  tak  nie

cukrzyca	powiększenie tarczycy	choroby przytarczyc	choroby
leczenie insuliną	niedoczynność tarczycy	nadnerczy	
choroby przysadki mózgowej	nadczynność tarczycy	inne (opisz)	

16. Czy dziecko ma lub miało jakieś choroby układu nerwowego (mózgu, nerwów), mięśni, kręgosłupa lub stawów?  tak  nie

<input type="checkbox"/> niedotlenienie mózgu	<input type="checkbox"/> wady układu nerwowego	<input type="checkbox"/> dolegliwości kręgosłupa
<input type="checkbox"/> porażenie lub niedowład	<input type="checkbox"/> osłabienie lub drętwienie rąk/nóg	szyjny piersiowy lędźwiowy
<input type="checkbox"/> drgawki lub padaczka	<input type="checkbox"/> drgawki gorączkowe	<input type="checkbox"/> choroby stawów

17. Czy dziecko leczyło się lub leczy z powodu chorób psychicznych?  tak  nie

stany lękowe  napady agresji  jądłowstręt  schizofrenia  ADHD  autyzm  depresja  bulimia

18. Czy dziecko ma lub miało jakieś choroby krwi lub zaburzenia krzepnięcia?  tak  nie

anemia	podskórne wylewy krwi przy małych	krwawienia do stawów
częste krwawienia z nosa	urazach	krwawienia po usunięciu zęba

19. Czy ktoś z bliskich krewnych dziecka miał problemy z krzepnięciem krwi?  tak  nie

20. Czy u dziecka lub bliskich występują schorzenia mięśni lub osłabienie mięśni (miastenia, dystrofia mięśniowa)  tak  nie

21. Czy Państwa dziecko lub bliski w rodzinie choruje na porfirię?  tak  nie

22. Czy dziecko ma jakieś uczulenia (szczególnie na leki, pokarmy, plaster, jodynę, latex)?  tak  nie

wysypki po lekach, substancjach	nietolerancja białka /skaza białkowa	katar sienny
Jakich?	biegunka lub zaburzenia trawienia	inne

23. Czy dziecko ma chorobę lokomocyjną (nudności, wymioty w czasie jazdy samochodem, statkiem)?  tak  nie

24. Czy dziecko miało jakieś inne choroby nie wymienione powyżej?  tak  nie

opisz \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

25. Czy dziecko ma ruszające się zęby, ułamane, uszczerbione lub stały aparat na zębach?  tak  nie

26. Czy dziecko jest w ciąży ? Data ostatniej miesiączki \_\_\_\_\_  tak  nie

27. Czy dziecko pali papierosy ( w tym e-papierosy), stosuje dopalacze, narkotyki?  tak  nie

28. Czy dziecko urodziło się o czasie? Tydzień ciąży \_\_\_\_\_Apgar \_\_\_\_\_Waga urodzeniowa\_\_\_\_\_

29. Czy dziecko ma podawane obecnie lub miało podawane wcześniej jakieś leki? (proszę podać nazwę i dawkę leku – również leki bez recepty, preparaty ziołowe, suplementy diety)  tak  nie

30. Ostatni posiłek dziecka o godzinie:

ostatnie pojenie o godzinie :

**BADANIE ANESTEZJOLOGICZNE**

<b>Górne drogi oddechowe prawidłowe</b>		<b>Podjęzrenie trudnej intubacji</b>	
<b>Istotne odchylenia w badaniu fizykalnym</b>		<b>Jakie?</b>	
<b>Badania laboratoryjne</b>	Hb..... Ht ..... Płytki .....Leukocyty..... CRP..... APTT ..... INR..... Inne..... onsultacje .....		
<b>Kwalifikacja do znieczulenia</b>	<input type="checkbox"/> znieczulenie ogólne	<input type="checkbox"/> znieczulenie regionalne	<input type="checkbox"/> blokada centralna <input type="checkbox"/> inne
<b>Uwagi:</b>			

**ZGODA NA ZNIECZULENIE I ZWIĄZANE Z NIM ZABIEGI**

Po przeprowadzonej rozmowie z lekarzem anestezjologiem i wyjaśnieniu wszelkich wątpliwości proszę podpisać zgodę na znieczulenie. Zgoda obejmuje również znieczulenia wielokrotnie powtarzane w czasie pojedynczej hospitalizacji. W przypadku jakiegokolwiek zmiany w stanie zdrowia dziecka proszę o tym poinformować lekarza anestezjologa.

Oświadczam, że:

- Zostały mi wyjaśnione: sposób znieczulenia dziecka, ryzyko proponowanej metody znieczulenia, alternatywne sposoby postępowania, wszelkie możliwe do przewidzenia powikłania, okoliczności zwiększające ryzyko wystąpienia powikłań, zabiegi przygotowujące oraz towarzyszące (w tym prawdopodobieństwo przetaczania krwi).
- Miałam/em możliwość zadawania pytań. Na moje pytania uzyskałam/em całkowite i w pełni zrozumiałe wyjaśnienia.
- Przed rozpoczęciem leczenia operacyjnego udzieliłam/em lekarzowi pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które zostały zadane przez lekarza w trakcie wywiadu lekarskiego.
- Zostałam/Zostałem powiadomiony/powiadomiona o zasadach karencji żywieniowej obowiązującej przed planowym zabiegiem operacyjnym.
- Zostałam/Zostałem poinformowany/poinformowana, że w dniu planowanego zabiegu operacyjnego dziecko nie może manifestować objawów infekcji górnych i dolnych dróg oddechowych, a od ustąpienia objawów ostatniej takiej infekcji powinno upłynąć co najmniej dwa tygodnie.

Po wnikliwym namyśle wyrażam zgodę na:

- Zastosowanie, proponowanego naszemu dziecku, sposobu znieczulenia.
- Wykonanie zabiegów koniecznych do przeprowadzenia znieczulenia.

Zrozumiałam/em, że:

- dodatkowe zabiegi uzasadnione potrzebami medycznymi zostaną wykonane tylko w razie bezwzględnej potrzeby dla dobra mojego dziecka.
- Istnieje ryzyko wystąpienia powikłań w trakcie znieczulenia, o których zostałam/em poinformowana/y.

**Uwaga o ewentualnym ograniczeniu zgody na proponowane procedury medyczne związane ze znieczuleniem.**

<i>Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego</i>		<i>Podpis i data</i>	
<i>Zgoda pacjenta (jeżeli ukończył 1Crz)</i>		<i>Podpis</i>	
<i>ata</i>	<i>Podpis anestezjologa i pieczętka</i>		