

KARTA KWALIFIKACYJNA DZIECKA DO ZNIECZULENIA

Pacjent: **ur:**

Nr Hist:, **oddz:**

Część 1 Wypełniają rodzice lub opiekun prawny pacjenta

ANKIETA DLA RODZICÓW

Odpowiedzi na poniższe pytania pozwolą lekarzowi rozpoznać niektóre stany wskazujące na uczulenia, choroby lub nieprawidłowości ważne przy doborze odpowiedniego znieczulenia dla Waszego dziecka.

PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE ODPOWIEDZI NA WSZYSTKIE PYTANIA PONIŻSZEGO KWESTIONARIUSZA.

zaznaczając kółkiem odpowiednią odpowiedź: TAK = T; NIE = N

(*) – krewni = rodzeństwo, rodzice, rodzeństwo rodziców, dziadkowie

Czy dziecko jest obecnie zdrowe? (poza przyczyną aktualnej hospitalizacji)	N	T		Czy występowały u dziecka drgawki gorączkowe?	N	T
Czy dziecko często się przeziębia (TAK jeśli częściej niż 2 razy w roku)	N	T		Czy dziecko było lub jest leczone z powodu zaburzeń psychicznych?	N	T
Czy dziecko było leczone z powodu infekcji (przeziębienia) w ciągu ostatnich 20 dni?	N	T		Czy u dziecka stwierdzano zaburzenia hormonalne (endokrynologiczne) np. czynności tarczycy, nadnerczy, przysadki?	N	T
Czy dziecko często choruje na zapalenia gardła lub migdałków (TAK jeśli więcej niż 2 razy w roku)?	N	T		Czy dziecko choruje na cukrzycę?	N	T
Czy dziecko często choruje na zapalenie uszu (TAK jeśli więcej niż 2 razy w roku)?	N	T		Czy dziecko ma nietolerancję glukozy?	N	
Czy dziecko często choruje na zapalenia oskrzeli (TAK jeśli więcej niż 2 razy w roku)	N	T		Czy wśród krewnych (*) dziecka występują choroby mięśni lub wiotkość mięśni?	N	T

Czy dziecko chorowało na zapalenie płuc?	N	T		Czy dziecko choruje na choroby mięśni lub nadmierną wiotkość mięśni?	N	
Czy dziecko ma astmę?	N	T		Czy wśród krewnych (*) dziecka wystąpiły kiedyś problemy podczas znieczuleń lub operacji?	N	T
Czy dziecko ma gruźlicę?	N	T		Czy dziecko miało przetaczaną krew?	N	T
Czy dziecko było leczone z powodu zapalenia krtani lub nagłośni?	N	T		Czy u dziecka występowały krwawienia lub rozległe wylewy podskórne po urazach lub małych zabiegach?	N	T
Czy było leczone z powodu duszności?	N	T		Czy dziecko ma skłonność do powstawania sińców po małych urazach (nie dotyczy nóg)?	N	T
Czy dziecko męczy się łatwo w czasie wysiłku (np. wchodzenia na schody)?	N	T		Czy dziecko choruje na choroby związane z zaburzeniami krzepnięcia krwi?	N	T
Czy w czasie wysiłku fizycznego występuje u dziecka duszność?	N	T		Czy wśród krewnych (*) dziecka choruje ktoś na choroby związane z zaburzeniami krzepnięcia krwi?	N	T
Czy w czasie wysiłku fizycznego pojawia się u dziecka niebieski cień wokół ust?	N	T		Czy dziecko chorowało za żółtaczkę zakaźną?	N	T
Czy dziecko chorowało na zakażenia układu moczowego z wysoką gorączką?	N	T			N	T
	N	T			N	T

Jeśli posiada Pan/i KARTĘ WYPISOWĄ wcześniejszego leczenia dziecka – proszę dostarczyć ją do wglądu.

Proszę poinformować anestezjologa, jeśli dziecko ma: protezy zębowe, aparaty ortodontyczne, soczewki kontaktowe.

Proszę zdjąć dziecku kolczyki, pierścionki, łańcuszki, metalowe spinki do włosów. Jeśli pacjent ma kolczyki implantowane (niezdemowalne lub trudnodemowalne) w miejscach nietypowych – koniecznie należy poinformować o tym anestezjologa!

Część 2

Wypełniają rodzice lub opiekun prawny pacjenta (jeśli dane pytanie nie dotyczy dziecka – zaznacz N)

Jeśli TAK to uzupełnij			
Czy dziecko było lub jest pod stałą opieką poradni specjalistycznej?	N	T	jakiej?
Czy dziecko było leczone z powodu chorób zakaźnych w ciągu ostatnich 12 miesięcy?	N	T	jakich?
Czy dziecko było leczone w szpitalu?	N	T	kiedy?, gdzie?, z powodu?
Czy dziecko było operowane?	N	T	na co?
Czy dziecko było kiedyś znieczulane (w tym np. u stomatologa)?	N	T	z powodu?
Czy podczas wcześniejszych znieczuleń u dziecka pojawiły się problemy?	N	T	jakie?
Czy podczas przetaczania krwi u dziecka wystąpiły problemy, powikłania?	N	T	jakie?
Czy dziecko było leczone z powodu chorób serca lub układu krążenia?	N	T	kiedy?, z jakiego powodu?
Czy stwierdzono lub podejrzewano u dziecka wadę serca?	N	T	jaką?
Czy dziecko było szczepione p-ciw żółtaczce (WZW B)?	N	T	kiedy?
Czy dziecko jest leczone z powodu chorób układu nerwowego?	N	T	jakich?
Czy dziecko w ostatnim miesiącu miało jakiegokolwiek szczepienie?	N	T	jakie, kiedy?
Czy dziecko jest uczulone na leki lub inne substancje (np. plaster?)	N	T	jakie?
Czy w przypadku uczulenia u dziecka występuje: pokrzywka, wysypka, wydzielina z nosa, łzawienie, duszność?	N	T	opisz
Czy dziecko ma schorzenia oczu, zeza?	N	T	jakie?
Czy dziecko w ciągu ostatnich 2 lat przyjmowało leki sterydowe (np. Kortyzon, Hydrokortyzon, Enkorton)?	N	T	jakie?
Czy dziecko choruje na choroby krwi, anemię?	N	T	
Czy dziecko choruje lub chorowało na chorobę reumatyczną?	N	T	kiedy?
Czy dziecko choruje na choroby wątroby?	N	T	jakie?
Czy dziecko przyjmuje leki, witaminy?	N	T	jakie
Czy dziecko choruje na inne choroby nie wymienione w ankiecie?	N	T	jakie?

Część 3. wypełnia lekarz anestezjolog

Po ocenie dokumentacji medycznej, kwalifikacji do procedury, danych z wywiadu i badania przedmiotowego - pacjent **został zakwalifikowany do znieczulenia** zaplanowanego na dzień _____ 20__ r. do

.....

Pod warunkiem wykonania przed znieczuleniem :.....

Planowany rodzaj znieczulenia:

zaznacz "X" kategorie które obejmuje

IIIj

TIVA	znieczulenie ogólne dożylnie		
GA	znieczulenie ogólne wziewne i/lub dożylnie bez planowanej intubacji		
GA & INT	znieczulenie ogólne wziewne i/lub dożylnie z planowaną intubacją		
RA	znieczulenie regionalne		
RA CAUDAL	znieczulenie zewnątrzoponowe krzyżowe		
RA EPIDURAL	znieczulenie zewnątrzoponowe lędźwiowe		
PP	znieczulenie podpajęczynówkowe		
CEWNIK	znieczulenie regionalne z cewnikiem do długotrwałego znieczulenia		

Niektóre rozległe procedury w ramach przygotowania pacjenta wymagają wielu dodatkowych czynności wykonywanych przez zespół lekarzy.

Podpisywana przez Państwa "Zgoda na znieczulenie" (cz. 4 dokumentu) obejmuje wszystkie te procedury – jako kompleksowe, konieczne przygotowanie pacjenta. Poniżej wymieniono zabiegi, jakie rutynowo wchodzi w skład procedury planowanej do przeprowadzenia

założenie kilku kaniul do żył obwodowych (w tym do żył szyjnych zewnętrznych)		
założenie kilku kaniul do żył centralnych (podobojczykowych, szyjnych wewnętrznych, udowych, lub przez żyłę obwodową)		
założenie kaniuli dotętniczej (t. promieniowa, udowa, skroniowa lub inna)		
założenie cewnika do pęcherza moczowego		
założenie sondy żołądkowej		
założenie czujników temperatury skórnej i głębokiej (odbytnica, przełyk)		

OŚWIADCZENIE RODZICÓW – ZGODA NA ZNIECZULENIE

Oświadczam(y), że:

- podane powyżej informacje są zgodne z prawdą;
- znany mi jest cel, zakres i rodzaj procedury wymagającej znieczulenia;
- dziecko ostatni raz przed znieczuleniem jadło o godz.; piło o godz.
- Ankieta została wypełniona zgodnie z moją najlepszą wiedzą.
- Wskazówki dotyczące przygotowania dziecka zostały zrealizowane.
- Uzyskałam(em) od lekarza anestezjologa informacje wyjaśniające postępowanie związane ze znieczuleniem mojego dziecka. Zostały mi wyjaśnione: sposób znieczulenia, zalety i wady proponowanej metody znieczulenia, możliwe powikłania, okoliczności zwiększające ryzyko wystąpienia powikłań, zabiegi przygotowujące oraz towarzyszące, w tym prawdopodobieństwo przetaczania krwi.
- Zrozumiałam(em) wyjaśnienia i zadałam(em) wszystkie interesujące mnie pytania, szczególnie dotyczące rodzaju znieczulenia, jego zalet i wad. Nie mam żadnych dalszych pytań.

Zrozumiałam(em), że:

- Znieczulenie będzie wykonane przez lekarza anestezjologa.
- Dodatkowe zabiegi uzasadnione potrzebami medycznymi zostaną wykonane tylko w razie bezwzględnej potrzeby, dla dobra dziecka.
- W związku z przebiegiem zabiegu lub znieczulenia może zaistnieć konieczność zmiany/modyfikacji znieczulenia.

Po wnikliwym namyśle zgadzam się, aby planowana procedura została przeprowadzona w odpowiednim, dobranym zgodnie z najlepszą wiedzą anestezjologa - znieczuleniu, z uwzględnieniem znieczulenia ogólnego lub regionalnego.

Świadomie wyrażam zgodę na planowane znieczulenie (*opisane powyżej w części 3*).

Zgadzam się również na uzasadnione medyczne postępowanie towarzyszące w tym: przetaczanie płynów, krwi, założenie wkłuc dożylnych oraz, w razie konieczności, zmianę sposobu znieczulenia.

Jednocześnie zgłaszam następujące ograniczenia towarzyszące postępowaniu medycznemu:.....

Jeśli nie są zgłaszane - proszę wpisać "NIE ZGŁASZAM"

Podpis upoważnionego rodzica lub opiekuna prawnego

Zgodnie z obowiązującymi przepisami, jeśli pacjent ukończył 16 rok życia konieczna jest również Jego zgoda:

"Wyrażam zgodę na wykonanie u mnie proponowanego znieczulenia (opisanego powyżej w części 3)"

podpis pacjenta

Bielsko- Biała, dnia _____ 20__ roku; godzina: _____ *Podpis i pieczętka lekarza przyjmującego zgodę*

