

KARTA KWALIFIKACJI DO ZNIECZULENIA

CZĘŚĆ 1/2 – Wypełnia pacjent

Imię i Nazwisko: data urodzenia:

Nr historii :

Szanowni Państwo,

Operacje, zabiegi diagnostyczne, lub lecznicze przeprowadzane są w znieczuleniu. Za przeprowadzenie znieczulenia, jak również za utrzymanie podczas zabiegu ważnych dla życia czynności organizmu odpowiedzialny jest zespół anestezjologiczny (lekarz anestezjolog, pielęgniarka). Zadaniem zespołu jest również zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa.

Główne rodzaje znieczuleń to: ogólne, regionalne i nasiękowe. Wszystkie znieczulenia oprócz znieczuleń nasiękowych wykonywane są przez lekarza anestezjologa z asystą pielęgniarki anestezjologicznej.

Znieczulenie ogólne to nie tylko uśpienie pacjenta, ale także zniesienie bólu i napięcia mięśniowego. Na sali operacyjnej podawane są leki nasenne (dożylnie lub wziewnie, przez specjalną maseczkę przyłożoną do twarzy) oraz silne leki przeciwbólowe. Gdy chory zaśnie, do tchawicy wprowadzana jest rurka intubacyjna, która umożliwi kontrolowanie oddechu przez respirator, oraz podaży wziewnych leków nasennych w czasie operacji. Po zabiegu, gdy pacjent zacznie samo oddychać, rurka ta jest usuwana. Przez kilka godzin może utrzymywać się resztkowe działanie leków podawanych w czasie znieczulenia: chory może być zdezorientowany, senny, osłabiony.

Znieczulenie nasiękowe polega na ostrzyknięciu operowanej okolicy lekiem miejscowo znieczulającym co blokuje odczuwanie bólu w czasie zabiegu.

Znieczulenie regionalne to podanie leków miejscowo znieczulających w bezpośrednią okolicę nerwów co skutkuje bezbolesnością operowanej okolicy ciała.

Zastosowanie tego rodzaju znieczulenia znacznie ułatwia skuteczne zwalczanie bólu pooperacyjnego.

Do wielu procedur chirurgicznych możliwe jest połączenie różnych rodzajów znieczulenia po to, by maksymalnie wykorzystać ich zalety.

Nie ma znieczulenia bez ryzyka. Stosowane przez nas leki, środki znieczulenia, oraz czynniki anestezjologiczne mogą wywoływać różne działania uboczne, a zatem Państwa informacje o stanie zdrowia mogą pomóc anestezjologowi w wyborze najbezpieczniejszej metody znieczulenia.

Zawsze wybieramy takie postępowanie, które jest najlepsze do przewidywanej operacji oraz najmniej obciąża chorego.

Czasem w związku z operacją konieczne są dodatkowe zabiegi i działania (takie jak podawanie krwi, płynów infuzyjnych, założenie dodatkowych dostępów dożylnych) uzupełniające leczenie w czasie zabiegu i bezpośrednio po nim. Mogą one, choć rzadko, wiązać się z ryzykiem powikłań.

Bardzo prosimy o wypełnienie następujących zaleceń:

- Pacjent nie może jeść ani pić na 6 godzin przed planowanym znieczuleniem (klarowne płyny 4 godziny przed znieczuleniem).
- Należy przynieść ze sobą wszystkie leki (zażyć leki zwykle przyjmowane)
- prosimy zdjąć kolczyki, pierścionki, łańcuszki, metalowe spinki do włosów oraz poinformować anestezjologa o protezach zębowych, aparatach ortodontycznych, szklach kontaktowych.
- Jeśli posiadają Państwo karty wypisowe wcześniejszego leczenia proszę dostarczyć je do wglądu.

ANKIETA DLA PACJENTÓW

Odpowiedzi na poniższe pytania pozwolą anestezjologowi w doborze odpowiedniego znieczulenia

PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE ODPOWIEDZI NA WSZYSTKIE PYTANIA PONIŻSZEGO KWESTIONARIUSZA
zaznaczając kółkiem odpowiednią odpowiedź: TAK = T; NIE = N

Czy jest Pan(i) aktualnie zdrowy(a)? (poza przyczyną aktualnej hospitalizacji)			N	T
Czy był(a) Pan(i) leczony(a) z powodu infekcji w ciągu ostatnich 20 dni?			N	T
Czy Pan(i) był(a) lub jest pod opieką poradni specjalistycznej?	N	T	(jakiej?, kiedy?)	
Czy Pan(i) przyjmuje leki na stałe?	N	T	(jakie? - proszę podać nazwę leku i dawkowanie)	
Czy Pan(i) w czasie ostatniego miesiąca przyjmował(a) jakieś leki?	N	T	(jakie?, z jakiego powodu?)	
Czy Pan(i) jest uczulony(a) na leki lub inne substancje?	N	T	(Jeśli tak to jakie są objawy alergii?)	
Czy Pan(i) był(a) kiedyś operowany(a)?	N	T	(kiedy?, z jakiego powodu?, w jakim znieczuleniu?)	
Czy w czasie znieczuleń pojawiły się problemy?	N	T	(jakie?)	

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

Serca:	N	T	zawał, choroba niedokrwienna, wada serca, zaburzenia rytmu			
Krążenia:	N	T	nadciśnienie tętnicze, niskie ciśnienie, omdlenia, niewydolność krążenia, zakrzepica			
Płuc:	N	T	astma, gruźlica, rozedma, POCHP			
Wątroby: Żołądka:	N	T	żółtaczka, marskość, stłuszczenie, wirusowe zapalenie wątroby zapalenie, choroba wrzodowa			
Układu moczowego:	N	T	niewydolność lub zapalenie nerek, kamica, prostata			
Tarczycy:	N	T	nadczynność, niedoczynność, wole, guzy			
Metaboliczne:	N	T	cukrzyca, dna moczanowa, porfiria			
Układu nerwowego:	N	T	padaczka, udar, niedowład, miastenia			
Choroby krwi:	N	T	skłonność do krwawień, łatwe siniaczenie się, małopłytkowość,			
Układu ruchu:	N	T	zmiany kręgosłupa, bóle korzeniowe, zwyrodnienie stawów, urazy			
Zmiany nastroju:	N	T	Depresje, nerwice, choroby psychiczne, choroba alkoholowa			
Inne choroby:	N	T				
Czy jest Pani w ciąży?	N	T	Użytki:	N	T	Papierosy, alkohol, środki psychoaktywne

(*) - krewni to rodzeństwo, rodzice, rodzeństwo rodziców, dzieci, dziadkowie

.....
Data, podpis pacjenta

KARTA KWALIFIKACJI DO ZNIECZULENIA

CZĘŚĆ 2/2 – wypełnia lekarz

Imię i Nazwisko: data urodzenia:
 Nr historii :

Wzrost:	cm	Waga:	kg	BMI:
---------	----	-------	----	------

UKŁAD NERWOWY	Stan prawidłowy TAK / NIE	GCS:

UKŁAD KRAŻENIA	Wydolny: TAK / NIE	RR:	/	mmHg
HR	/ min	Tony serca czyste: TAK / SZMER :		

UKŁAD ODDECHOWY	Wydolny: TAK / NIE	Oddech:	/min
Szmer symetryczny	TAK / NIE	Szmer pęcherzykowy	TAK / NIE
Inne fenomeny			

PROBLEMY SPECYFICZNE	

UWAGI	

OCENA TRUDNOŚCI INTUBACJI				
Ograniczone przygięcie głowy	T	N		
Ograniczone odgięcie głowy	T	N		
Duża żuchwa	T	N	Mała żuchwa	T
		T	N	
Niedrożne przewody nosowe	T	N		
Wąski kąt podbródkowy	T	N		
Obrzęk pod brodą	T	N		
Odległość bródkowo-tarczowa > 6cm	T	N		
Przemieszczenie tchawicy	T	N		
Obrzęk / blizny na szyi	T	N		
Ograniczone otwarcie ust	T	N		
Wąska szpara ust	T	N		
Mała jama ustna	T	N		
Źle widoczne łuki podniebienne	T	N		
Duży język	T	N		
Długie zęby	T	N		
Rozszczep wargi / podniebienia	T	N		
MALLAMPATI	I	II	III	IV
ASA	I	II	III	IV
	V			

Po ocenie dostarczonej dokumentacji medycznej, kwalifikacji do procedury chirurgicznej, danych z wywiadu i badania przedmiotowego pacjent został / nie został zakwalifikowany do znieczulenia w trybie jednodniowym zaplanowanego na dzień 20.....r.

do
rodzaj procedury wymagającej znieczulenia

Planowany rodzaj znieczulenia:.....

Planowana premedykacja:

.....
Data, pieczętka i podpis lekarza

OŚWIADCZENIE PACJENTA – ZGODA NA ZNIECZULENIE

Oświadczam, że

- podane powyżej informacje są zgodne z prawdą;
 - znany mi jest cel, zakres i rodzaj procedury wymagającej znieczulenia;
 - znane mi są zalecenia dotyczące przygotowania do znieczulenia;
-
- Ankieta została wypełniona zgodnie z moją najlepszą wiedzą
 - 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.
 - Zrozumiałam(em) wyjaśnienia oraz zadałam(em) wszystkie interesujące mnie pytania, szczególnie dotyczące rodzaju znieczulenia, jego zalet i wad. Nie mam więcej pytań.

Zrozumiałam(em), że

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

Po wnikliwym namyśle

zgadzam się, aby planowana procedura została przeprowadzona w odpowiednim, dobranym zgodnie z najlepszą wiedzą anestezjologa znieczuleniu, z uwzględnieniem znieczulenia ogólnego i/lub regionalnego. Świadomie wyrażam zgodę na planowane znieczulenie. Zgadzam się również na uzasadnione medycznie postępowanie towarzyszące w tym przetaczanie krwi, płynów założenie dodatkowych dostępow naczyniowych oraz zmianę rodzaju znieczulenia.

Jednocześnie zgłaszam następujące ograniczenia towarzyszące postępowaniu medycznemu:

Jeśli nie są zgłaszane proszę wpisać „nie zgłaszam”

.....
.....
.....
.....

.....
Podpis pacjenta

.....
Data, pieczętka i podpis lekarza

KARTA KWALIFIKACJI WYPISU Z ODCINKA POOPERACYJNEGO

Imię i Nazwisko: data urodzenia:

Przedstawiciel prawny:

Nr historii :

Godzina przyjęcia	
Godzina ekstubacji	

RR	/	mmHg	HR	/min	SpO2	%
----	---	------	----	------	------	---

PADSS					SKALA ALDRETE'A			
Parametry życiowe	+/- 20% wyjściowych		2	2	Porusza 4 kończynami samodzielnie / na polecenie		2	
	+/- 40% wyjściowych		1	1	Porusza 4 kończynami samodzielnie / na polecenie		1	
	> 40% wyjściowych		0	0	Nie porusza się samodzielnie ani na polecenie		0	
Aktywność	Zorientowany i pewny chód		2	2	Oddycha głęboko, kaszle		2	
Stan wybudzenia	Zorientowany lub pewny chód		1	1	Duszność, płytki oddech		1	
	Żadne		0	0	bezdech		0	
Ból/nudności/wymioty	nieznaczne		2	2	RR +/- 20% wartości wyjściowej		2	
	Umiarkowane (leczenie p.o.)		1	1	RR +/- 20-50% wartości wyjściowej		1	
	Silne (leczenie i.v.)		0	0	RR > 50% wartości wyjściowej		0	
Krwawienie chirurgiczne	Niewielkie		2	2	W pełni przytomny		2	
	Umiarkowane		1	1	Budzi się na polecenie		1	
	Silne		0	0	Nie reaguje		0	
Przyjmowanie i wydalanie płynów	Pije i oddaje mocz		2	2	Różowy		2	
	Pije lub oddaje mocz		1	1	Błady, płamisty, żółty		1	
	Żadne		0	0	siny		0	
SUMA					SUMA			

NRS		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SpO2	%	HR	/min	RR	/	mmHg
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SpO2	%	HR	/min	RR	/	mmHg

Zastosowane leki:

Zaplanowane leczenie:

Ja, oświadczam, że

- pacjent nie będzie wracał do domu środkami komunikacji publicznej
- miejsce zamieszkania pacjenta jest w odległości nie więcej niż 30min jazdy od szpitala
- pacjent po wypisie będzie pod stałą opieką osoby dorosłej przez co najmniej 24godz.
- zrozumiąły jest sposób dawkowania leków przeciwbólowych

.....
Data, godzina, podpis opiekuna pacjenta

.....
data, pieczętka i podpis lekarza