

# KARTA KWALIFIKACJI DZIECKA DO ZNIECZULENIA

CZĘŚĆ 1/2 – Wypełnia rodzic / opiekun prawny

Imię i Nazwisko: ..... data urodzenia: .....

Przedstawiciel prawny: .....

Nr historii : .....

Drodzy Rodzice.

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 dziecka, 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 dziecko zaśnie, do tchawicy wprowadzana jest rurka intubacyjna, która umożliwi kontrolowanie oddechu dziecka przez respirator, oraz podaż wziewnych leków nasennych w czasie operacji. Po zabiegu, gdy dziecko zacznie samo oddychać, rurka ta jest usuwana. Przez kilka godzin może utrzymywać się resztkowe działanie leków podawanych w czasie znieczulenia: dziecko może być zdezorientowane, senne, osłabione.

**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 czynności anestezjologiczne mogą wywoływać różne działania uboczne, a zatem Wasze informacje o stanie zdrowia dziecka mogą pomóc anestezjologowi w wyborze najbezpieczniejszej metody znieczulenia.

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

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:

- Dziecko nie może jeść ani pić na 6 godzin przed planowanym znieczuleniem. (Niemowlęta ostatni posiłek płynny mogą otrzymać 4 godziny przed zabiegiem)
- prosimy zdjąć dziecku kolczyki, pierścionki, łańcuszki, metalowe spinki do włosów oraz poinformować anestezjologa jeśli dziecko ma protezy zębowe, aparaty ortodontyczne, szkła kontaktowe.
- Jeśli posiadają Państwo karty wypisowe wcześniejszego leczenia dziecka, proszę dostarczyć je do wglądu.

## ANKIETA DLA RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH

Odpowiedzi na poniższe pytania pozwolą anestezjologowi w doborze odpowiedniego znieczulenia dla Waszego dziecka.

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

Czy dziecko jest aktualnie zdrowe? (poza przyczyną aktualnej hospitalizacji)	T	N	Czy w czasie wysiłku występuje u dziecka kaszel, duszność?	N	T
Czy dziecko było leczone z powodu infekcji w ciągu ostatnich 20 dni?	N	T	Czy dziecko choruje na choroby mięśni lub nadmierną wiotkość mięśni?	N	T
Czy dziecko często choruje na zapalenie gardła lub migdałków? (TAK jeśli częściej niż 2 razy w roku)	N	T	Czy wśród krewnych(*) dziecka występują choroby mięśni lub wiotkość mięśni?	N	T
Czy dziecko często choruje na zapalenie uszu? (TAK jeśli częściej niż 2 razy w roku)	N	T	Czy u dziecka występowały przedłużone krwawienia lub rozległe wylewy po urazach?	N	T
Czy dziecko często choruje na zapalenie oskrzeli? (TAK jeśli częściej niż 2 razy w roku)	N	T	Czy dziecko ma skłonność do powstawania sińców po drobnych urazach (nie dotyczy nóg)?	N	T
Czy dziecko chorowało na zapalenie płuc	N	T	Czy dziecko choruje na choroby związane z zaburzeniami krzepnięcia krwi?	N	T
Czy dziecko było leczone z powodu zapalenia krtani lub nagłośni?	N	T	Czy u dziecka występowały drgawki gorączkowe?	N	T
Czy dziecko ma astmę?	N	T	Czy dziecko jest leczone z powodu padaczki?	N	T
Czy dziecko było leczone z powodu duszności?	N	T	Czy dziecko choruje na cukrzycę?	N	T
Czy dziecko w czasie wysiłku łatwo się męczy? (np. wchodzenie na schody)	N	T	Czy u dziecka podejrzewano wadę serca?	N	T
Czy w czasie wysiłku pojawia się u dziecka niebieski cień wokół ust?	N	T	Czy dziecko było leczone z powodu chorób serca lub układu krążenia?	N	T
			Czy wśród krewnych(*) dziecka wystąpiły kiedyś problemy podczas znieczulenia lub operacji?	N	T

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

Czy dziecko było lub jest pod opieką poradni specjalistycznej? (jakiej?, kiedy?)	N	T	
Czy dziecko przyjmuje leki na stałe? (jakie? - proszę podać nazwę leku i dawkowanie)	N	T	
Czy dziecko w czasie ostatniego miesiąca przyjmowało jakieś leki? (jakie?, z jakiego powodu?)	N	T	
Czy dziecko jest uczulone na leki lub inne substancje? Jeśli tak to jakie są objawy alergii?	N	T	
Czy dziecko było kiedyś operowane? (kiedy?, z jakiego powodu?, w jakim znieczuleniu?)	N	T	
Czy w czasie znieczuleń pojawiły się problemy? (jakie?)	N	T	
Czy dziecko choruje na inne choroby nie wymienione w ankiecie?(jakie?)	N	T	
Czy dziecko w ostatnim miesiącu miało jakiegokolwiek szczepienie?	N	T	

.....  
Data, podpis opiekuna prawnego

# KARTA KWALIFIKACJI DZIECKA DO ZNIECZULENIA

CZĘŚĆ 2/2 – wypełnia lekarz

Imię i Nazwisko: ..... data urodzenia: .....  
 Przedstawiciel prawny: .....

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	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			
<b>MALLAMPATI</b>	I	II	III	IV	
<b>ASA</b>	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 RODZICÓW / OPIEKUNÓW – 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 dziecka 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, dla dobra dziecka.
- 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 dostępów naczyniowych oraz zmianę rodzaju znieczulenia.

Jednocześnie zgłaszam następujące ograniczenia towarzyszące postępowaniu medycznemu:

Jeśli nie są zgłaszane proszę wpisać „nie zgłaszam”

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

.....  
Podpis rodzica/przedstawiciela prawnego

.....  
Podpis pacjenta (jeśli ukończył 16 rok życia)

.....  
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
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

SpO2	%	HR	/min	RR	/	mmHg
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