

.....
(pieczęć oddziału)

**KARTA ZNIECZULENIA KRÓTKICH ZABIEGÓW
PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA**

Imię i Nazwisko.....PESEL.....Data.....Nr Ks. Gl.....

Wzrost.....cm ,Waga.....kg

	tak	nie
Choroby serca np. przebyty zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu, zapalenie mięśnia sercowego .		
Choroby układu krążenia np. ciśnienie krwi wysokie, niskie, omdlenia		
Choroby naczyń krwionośnych np. żyłaki, zapalenie żył , niedokrwienia kończyn, bóle podudzi		
Choroby płuc i dróg oddechowych np. gruźlica, pylica, rozedma, zapalenie płuc , duszności, astma przewlekłe zapalenie oskrzeli		
Choroby przewodu pokarmowego np. choroba wrzodowa żołądka /dwunastnicy		
Choroby wątroby np. żółtaczką, kamica pęcherzyka żółciowego , marskość		
Choroby układu moczowego np. zapalenie nerek, kamica moczowa, zapalenie pęcherza moczowego		
Zaburzenie przemiany materii np. cukrzyca, dna moczanowa		
Choroby tarczycy np. wole obojętne, nadczynność , niedoczynność		
Choroby układu nerwowego np. padaczka, porażenia, niedowłady, utraty przytomności		
Choroby układu kostno- szkieletowego np. bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów		
Choroby krwi i układu krzepnięcia np. anemia, skłonność do krwawień samoistnych i wylewów		
Choroby oczu np. jaskra		
Zmiany nastroju np. depresja , nerwica		
Uczulenia – alergię np. katar sienny , wysypka, uczulenie na pokarmy, leki, środki chemiczne, lateks - jakie, objawy		
Inne schorzenia nie wymienione powyżej		
Czy Pan/ Pani był/a operowany/a, znieczulany/a ? Jeśli tak to kiedy i z jakiego powodu		
Czy dobrze Pan/ Pani zniosł/a znieczulenie?		
Czy była transfuzja krwi? Jeśli tak Kiedy?.....objawy negatywne jakie ?.....		
Czy aktualnie zażywa Pan/Pani leki? Jeśli tak to jakie?.....		
Czy jest Pani w ciąży ?		
Czy Pan/Pani pali tytoń? Jeśli tak, ile dziennie.....		
Czy pije Pan/Pani alkohol? Jeśli tak to: rzadko / niewiele / regularnie / dużo		
Czy zażywa Pan/Pani środki uspokajające, nasenne , narkotyki? Jeśli tak jakie		

KWALIFIKACJA WG ASA PLANOWY I⁰ II⁰ III⁰ IV⁰ OSTRY

Oświadczam, że informacje zawarte w ankiecie są zgodne z prawdą. Jednocześnie oświadczam, że miałam nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego znieczulenia i uzyskałam /am zrozumiałe dla mnie i wyczerpujące odpowiedzi, dlatego po rozmowie z anestezjologiem i zapoznaniu się z ankietą wyrażam zgodę na znieczulenie

Znieczulenie ogólne Znieczulenie miejscowe

Proszowice dn

.....
(podpis i pieczęć lekarza).....
(podpis pacjenta)

KARTA ZNIECZULENIA KRÓTKICH ZABIEGÓW

Imię i Nazwisko data.....

Rozpoznanie

Rodzaj zabiegu

Leki /godz.	15			30			45			15			30			45		
Propofol																		
Midanium																		
Fentanyl																		
Ketonal / Pyralgina																		
Aparat do znieczulenia	Kontrola, wykonat																	
Mycie i dezynfekcja aparatu, data	Pulsoksymetr						Kardiomonitor						Respirator					
Wklucie obwodowe	Wenflon			Miejsce wklucia			Dezynfekcja skóry						Opatrunek			T O		
Filtr	Wazy, maska						Rękawiczki											
O ₂																		
Saturacja																		
Płyny																		
CKT/Tętno																		
180																		
160																		
140																		
120																		
100																		
80																		
60																		
40																		

Lekarz anestezjolog (podpis i pieczęć) Pielęgniarka anestezjologiczna (podpis i pieczęć)