

## ŚWIADOMA ZGODA NA ZNIECZULENIE

**Imię i nazwisko pacjenta** ..... **PESEL** .....

Do znieczulenia kwalifikuje lekarz anestezjolog po zbadaniu pacjenta, zebraniu wywiadu chorobowego oraz zapoznaniu się z wynikami badań i konsultacji.

Przed operacją zostanie Pani/Panu podana tzw. premedykacja w postaci zastrzyku lub tabletki, co ma na celu uspokojenie przed właściwym znieczuleniem.

Podczas znieczulenia lekarz anestezjolog wraz z pielęgniarką pozostaje cały czas w pobliżu pacjenta czuwając nad jego bezpieczeństwem.

W każdym przypadku, a zwłaszcza przed zabiegami ze wskazań pilnych przedoperacyjne postępowanie anestezjologiczne może zostać zmodyfikowane.

### **OPIS PROCEDURY MEDYCZNEJ:**

**Znieczulenie ogólne (potocznie zwane narkozą)** jest to kontrolowane, czasowe i odwracalne zniesienie świadomości, odruchów obronnych i odczuwania bólu. Pozwala to na bezbolesne przeprowadzenie zabiegów chirurgicznych i diagnostycznych. Środki wywołujące znieczulenie ogólne podaje się dożylnie a także wziewnie przez maskę twarzową lub krtaniową. Często konieczne jest przejęcie kontroli nad oddechem pacjenta poprzez wykonanie intubacji (założenie specjalnej rurki do tchawicy) i zastąpienie oddechu pacjenta respiratorem. Wybudzenie po znieczuleniu następuje bezpośrednio po zabiegu na bloku operacyjnym lub w sali nadzoru pooperacyjnego tak szybko, jak pozwala na to stan pacjenta.

**Znieczulenie regionalne - podpajęczynówkowe, zewnątrzoponowe, blokada obwodowa (potocznie zwane: dokręgosłupowe, dordzeniowe, dołędźwiowe, blokada nerwów)** polega na podaniu leku miejscowo znieczulającego w okolicy korzeni nerwów, spłotów nerwowych i pojedynczych nerwów. Powoduje to czasowe zablokowanie ich funkcji, co objawia się zniesieniem czucia i osłabieniem lub całkowitą utratą siły mięśniowej znieczulanej okolicy. Najczęściej wykonywanymi znieczuleniami regionalnymi są znieczulenie podpajęczynówkowe oraz zewnątrzoponowe. W obu przypadkach anestezjolog przez specjalną bardzo cienką igłę podaje lek znieczulający miejscowo. Znieczulenie regionalne nie powoduje utraty świadomości, pacjent może pozostawać w pełni przytomny. Jeśli pacjent nie chce być przytomny, możliwe jest podanie leku uspokajającego lub nasennego. Jeśli zabieg wydłuża się lub z różnych względów nie udało się uzyskać pełnego znieczulenia regionalnego, wówczas dodatkowo przeprowadza się znieczulenie ogólne.

**Sedacja** polega na podaniu leku uspokajającego i/lub przeciwbólowego, co zapewnia pacjentowi komfort, a tym samym wykonanie mniej bolesnych zabiegów leczniczych i diagnostycznych.

### **MOŻLIWE POWIKŁANIA ZNIECZULENIA**

Znieczulenie może wiązać się z wystąpieniem powikłań. Większość z nich ma charakter lekkich i przemijających dolegliwości, nie powodujących trwałych następstw dla pacjenta. Anestezjolog dołoży wszelkich starań, aby to ryzyko zminimalizować.

**Do najczęściej występujących powikłań znieczulenia zalicza się między innymi:**

- ból gardła po intubacji
- ból głowy po znieczuleniu regionalnym
- ból okolicy lędźwiowej kręgosłupa
- uczucie braku powietrza i przejściowe trudności w oddychaniu bezpośrednio po wybudzeniu
- nudności i wymioty
- śródoperacyjne odzyskanie świadomości
- uszkodzenia zębów, warg, języka, strun głosowych i innych struktur anatomicznych
- nietypowe reakcje na leki anestezjologiczne (np. alergie)
- przemijające trudności z oddawaniem moczu

**Do ciężkich, bardzo rzadko występujących powikłań zalicza się między innymi:**

- niedotlenienie organizmu związane z trudnościami w wentylacji
- aspiracja treści pokarmowej do płuc i w następstwie ciężka niewydolność oddechowa
- gorączka złośliwa
- trwałe uszkodzenie nerwów, w tym porażenie kończyn
- zgon

### **UWAGA !!!**

1. Obowiązuje całkowity zakaz jedzenia 6 godzin, a picia 4 godziny przed znieczuleniem klarownych płynów (woda, herbata).
2. Dotychczas przyjmowane leki można zażyć po uzgodnieniu z lekarzem anestezjologiem.
3. Wszystkie tabletki należy popić 2-3 łykami wody niegazowanej lub herbaty.

**PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA**  
**(WYPEŁNIA PACJENT!!!)**

Imię i nazwisko pacjenta ..... PESEL .....

Wiek ..... lat                      Wzrost ..... cm                      Waga ..... kg

(proszę wypełnić zaznaczając krzyżykiem właściwą odpowiedź)

**1. Czy leczył(a) się Pan(i) w przeszłości lub obecnie z powodu:**

- |   |                              |                              |                                   |
|---|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| - nadciśnienia tętniczego                                 | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> nie wiem |
| - zawału lub niedotlenienia serca                         | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> nie wiem |
| - zaburzeń rytmu lub innych chorób serca                  | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> nie wiem |
| - cukrzycy  | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> nie wiem |
| - gruźlicy  | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> nie wiem |
| - astmy lub zapaleń płuc                                  | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> nie wiem |
| - choroby wrzodowej żołądka lub dwunastnicy               | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> nie wiem |
| - chorób nerek lub układu moczowego                       | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> nie wiem |
| - chorób wątroby, żółtaczki                               | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> nie wiem |
| - chorób tarczycy   | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> nie wiem |
| - żylaków lub zapalenia żył                               | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> nie wiem |
| - jaskry  | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> nie wiem |
| - padaczki, udaru mózgowego lub porażenia                 | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> nie wiem |
| - zaburzeń krzepnięcia, skłonności do sińców lub krwawień | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> nie wiem |
| - miastonii lub innych chorób mięśni                      | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> nie wiem |
| - depresji lub nerwicy                                    | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> nie wiem |

**2. Prosimy wymienić inne choroby, z powodu których się Pani/Pan leczy:** .....

.....

**3. Czy w ostatnich dniach wystąpiły u Pani/Pana objawy infekcji?**       tak       nie       nie wiem

**4. Czy był Pan(i) już poddany(a) zabiegowi w znieczuleniu**       tak       nie       nie wiem

Jaki to był zabieg i kiedy się odbył?.....

.....

Jeśli wystąpiły powikłania to jakie?.....

**5. Czy jest Pan(i) na coś (również na leki) uczulony(a)?**       tak       nie       nie wiem

Prosimy wymienić uczulenia .....

**6. Czy miał już Pan(i) wykonywaną transfuzję krwi?**       tak       nie       nie wiem

Jeśli wystąpiły powikłania to jakie? .....

**7. Czy ostatnio wystąpił u Pana(i) znaczny spadek masy ciała?**       tak       nie       nie wiem

**8. Czy pali Pan(i) papierosy?**       tak       nie

**9. Czy nosi Pan(i) protezy zębowe lub szkła kontaktowe?**       tak       nie

**10. Dotyczy kobiet - czy jest Pani w ciąży?**       tak       nie

**11. Prosimy wymienić wszystkie zażywane leki:** .....

PLANOWANE  
ZNIECZULENIE:

SEDACJA    MIEJSCOWE    BLOKADA  
OBWODOWA    ZO    PP    OGÓLNE    INNE

- ✓ Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacjami na temat sposobu proponowanego znieczulenia, jego przebiegu oraz możliwych powikłań, miałem/am możliwość zadawania pytań i uzyskania satysfakcjonujących mnie odpowiedzi od konsultującego lekarza anestezjologa.
- ✓ Oświadczam, że ankietę zrozumiałem/am i na wszystkie pytania odpowiedziałem/am zgodnie z prawdą.
- ✓ Wyrażam zgodę na planowane znieczulenie i ewentualną zmianę sposobu proponowanego znieczulenia ze względów medycznych.
- ✓ Wyrażam również zgodę na inne procedury medyczne, które mogą być niezbędne przed, w trakcie i po zabiegu, w tym również transfuzję krwi i preparatów krwiopochodnych.

Uwagi dodatkowe: .....

.....  
(Data i czytelny podpis pacjenta lub podpis opiekuna prawnego pacjenta)

(WYPEŁNIA LEKARZ!!!)

DODATKOWE INFORMACJE / BADANIE FIZYKALNE																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 33%;"><p style="text-align: center;">RUCHOMOŚĆ SZYI I GŁOWY</p><table style="width: 100%;"><tr><td><input type="checkbox"/> MP1</td><td><input type="checkbox"/> PEŁNA</td><td><input type="checkbox"/> PRZEBYTA TRUDNA INTUBACJA</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> MP2</td><td><input type="checkbox"/> OGRANICZONA</td><td><input type="checkbox"/> OTYŁOŚĆ / KRÓTKA SZYJA</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> MP3</td><td><input type="checkbox"/> BRAK</td><td><input type="checkbox"/> ZĘBY RUCHOME / PROTEZA</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> MP4</td><td></td><td><input type="checkbox"/> WYSTAJĄCE SIEKACZE</td></tr></table></td><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td></tr></table>	<p style="text-align: center;">RUCHOMOŚĆ SZYI I GŁOWY</p> <table style="width: 100%;"><tr><td><input type="checkbox"/> MP1</td><td><input type="checkbox"/> PEŁNA</td><td><input type="checkbox"/> PRZEBYTA TRUDNA INTUBACJA</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> MP2</td><td><input type="checkbox"/> OGRANICZONA</td><td><input type="checkbox"/> OTYŁOŚĆ / KRÓTKA SZYJA</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> MP3</td><td><input type="checkbox"/> BRAK</td><td><input type="checkbox"/> ZĘBY RUCHOME / PROTEZA</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> MP4</td><td></td><td><input type="checkbox"/> WYSTAJĄCE SIEKACZE</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> MP1	<input type="checkbox"/> PEŁNA	<input type="checkbox"/> PRZEBYTA TRUDNA INTUBACJA	<input type="checkbox"/> MP2	<input type="checkbox"/> OGRANICZONA	<input type="checkbox"/> OTYŁOŚĆ / KRÓTKA SZYJA	<input type="checkbox"/> MP3	<input type="checkbox"/> BRAK	<input type="checkbox"/> ZĘBY RUCHOME / PROTEZA	<input type="checkbox"/> MP4		<input type="checkbox"/> WYSTAJĄCE SIEKACZE			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 50%;">CIŚNIENIE TĘTNICZE</td><td style="width: 50%; text-align: right;">mmHg</td></tr><tr><td>TĘTNO</td><td style="text-align: right;">/min</td></tr></table>	CIŚNIENIE TĘTNICZE	mmHg	TĘTNO	/min
<p style="text-align: center;">RUCHOMOŚĆ SZYI I GŁOWY</p> <table style="width: 100%;"><tr><td><input type="checkbox"/> MP1</td><td><input type="checkbox"/> PEŁNA</td><td><input type="checkbox"/> PRZEBYTA TRUDNA INTUBACJA</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> MP2</td><td><input type="checkbox"/> OGRANICZONA</td><td><input type="checkbox"/> OTYŁOŚĆ / KRÓTKA SZYJA</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> MP3</td><td><input type="checkbox"/> BRAK</td><td><input type="checkbox"/> ZĘBY RUCHOME / PROTEZA</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> MP4</td><td></td><td><input type="checkbox"/> WYSTAJĄCE SIEKACZE</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> MP1	<input type="checkbox"/> PEŁNA	<input type="checkbox"/> PRZEBYTA TRUDNA INTUBACJA	<input type="checkbox"/> MP2	<input type="checkbox"/> OGRANICZONA	<input type="checkbox"/> OTYŁOŚĆ / KRÓTKA SZYJA	<input type="checkbox"/> MP3	<input type="checkbox"/> BRAK	<input type="checkbox"/> ZĘBY RUCHOME / PROTEZA	<input type="checkbox"/> MP4		<input type="checkbox"/> WYSTAJĄCE SIEKACZE								
<input type="checkbox"/> MP1	<input type="checkbox"/> PEŁNA	<input type="checkbox"/> PRZEBYTA TRUDNA INTUBACJA																		
<input type="checkbox"/> MP2	<input type="checkbox"/> OGRANICZONA	<input type="checkbox"/> OTYŁOŚĆ / KRÓTKA SZYJA																		
<input type="checkbox"/> MP3	<input type="checkbox"/> BRAK	<input type="checkbox"/> ZĘBY RUCHOME / PROTEZA																		
<input type="checkbox"/> MP4		<input type="checkbox"/> WYSTAJĄCE SIEKACZE																		
CIŚNIENIE TĘTNICZE	mmHg																			
TĘTNO	/min																			
BADANIA LABORATORYJNE	GRUPA KRWI																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="text-align: center;">ASA</td></tr><tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> I</td></tr><tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> II</td></tr><tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> III</td></tr><tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> IV</td></tr><tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> V</td></tr><tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> VI</td></tr><tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> E   <input type="checkbox"/> P</td></tr></table>		ASA	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> VI	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P											
ASA																				
<input type="checkbox"/> I																				
<input type="checkbox"/> II																				
<input type="checkbox"/> III																				
<input type="checkbox"/> IV																				
<input type="checkbox"/> V																				
<input type="checkbox"/> VI																				
<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P																				
PLANOWANE ZNIECZULENIE: <input type="checkbox"/> SEDACJA <input type="checkbox"/> MIEJSCOWE <input type="checkbox"/> BLOKADA OBWODOWA <input type="checkbox"/> ZO <input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> OGÓLNE <input type="checkbox"/> INNE																				
ZAKWALIFIKOWANY DO ZABIEGU: .....																				
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE																			
<input type="checkbox"/> WARUNKOWO																				
ZALECENIA PRZED ZNIECZULENIEM:																				
PREMEDYKACJA:																				
DATA I GODZINA:	ANESTEZJOLOG:																			

Imię i nazwisko pacjenta .....

PESEL .....

**KARTA DOKUMENTACJI POSTĘPOWANIA PRZECIWBÓLOWEGO**

**FARMAKOTERAPIA**

LEKI		DAWKOWANIE / DROGA PODANIA
PARACETAMOL		
METAMIZOL		
NLPZ	KETOPROFEN	
	INNY NLPZ	
OPIOIDY	TRAMADOL	
	MORFINA	
	OKSYKODON	
	INNY OPIOID	
IPP		

<b>ANALGEZJA Z WYPRZEDZENIEM</b>	

**ANALGEZJA PRZEWODOWA**

<b>ZEWNĄTRZOPONOWE</b>	
<b>INNE</b>	

ANESTEZJOLOG:

**SKALA OCENY STANU PACJENTA PO ZNIECZULENIU I PRZED PRZEKAZANIEM NA ODDZIAŁ**

KRYTERIUM		PKT.	OCENA PO ZNIECZULENIU	OCENA PRZED PRZEKAZANIEM DO ODDZIAŁU
PRZYTOMNOŚĆ	KONTAKT PRAWIDŁOWY	2		
	PODSYPIAJĄCY	1		
	NIEPRZYTOMNY	0		
ODDECH	GŁĘBOKI, BEZ WYSIŁKU, SAT>90%	2		
	PŁYTKI, Z WYSIŁKIEM, SAT<90%	1		
	NIEWYDOLNY	0		
ODDECH	HR 60-100/MIN, C.SKURCZ.>100mmHg	2		
	HR <60,>100, C.SKURCZ.<100mmHg	1		
	WYMAGA WSPOMAGANIA	0		
NUDNOŚCI/WYMIOTY	BRAK	2		
	NUDNOŚCI	1		
	WYMIOTY	0		
BÓL	NRS<4	2		
	NRS 4-7	1		
	NRS > 7	0		
PRZEKAZANIE DO ODDZIAŁU MOŻLIWE PRZY SUMIE PUNKTÓW CO NAJMNIEJ 8/10, PRZY CZYM KRYTERIUM KRAŻENIE I ODDECH MUSZĄ BYĆ CAŁKOWICIE		SUMA I GODZINA		
		PODPIS I FKAR7A		