

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

PESEL	<input type="text"/>	Data urodzenia:..... nr ks.gł.
Imię		
Nazwisko		
Dane osób uprawnionych do wyrażenia zgody: opiekun prawny / przedstawiciel ustawowy*		
Imię		
Nazwisko		
PESEL	<input type="text"/>	Data urodzenia:.....
Rozpoznanie przedoperacyjne		
Rodzaj zabiegu		
<input type="checkbox"/> planowy	<input type="checkbox"/> przyspieszony	<input type="checkbox"/> pilny
		<input type="checkbox"/> natychmiastowy

I. INFORMACJA DLA PACJENTA

Przekazany Pani formularz to dokument zawierający podstawowe informacje dotyczące różnych metod analgezji do porodu i związanych z nimi powikłań. Jest to również dokument zawierający podstawowe informacje określające sposób przygotowania do analgezji regionalnej porodu.

Po przeczytaniu formularza prosimy o podpisanie w miejscach wyznaczonych jako potwierdzenie zapoznania się z jej treścią i wyrażenie zgody.

Podczas rozmowy z anestezjologiem będzie miała Pani możliwość zadawania dodatkowych pytań, jeżeli takie pojawią się po zapoznaniu się z niniejszym dokumentem.

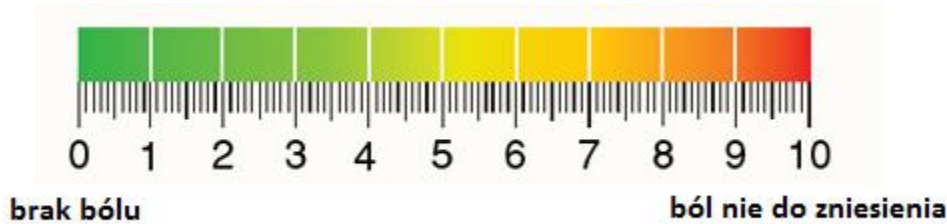
Rzetelne wypełnienie ankiety pozwoli na zredukowanie ryzyka powikłań związanych ze znieczuleniem.

II. ANALGEZJA REGIONALNA PORODU

Znieczulenie przewodowe jest wspólnym określeniem dla trzech rodzajów znieczuleń: znieczulenia zewnątrzoponowego, znieczulenia podpajęczynówkowego oraz łącznego znieczulenia podpajęczynówkowo-zewnątrzoponowego. Stanowi ono najlepszą metodę łagodzenia bólu porodowego przez wprowadzenie leków w okolice nerwów, którymi przewodzone są bodźce bólowe z macicy i dróg rodnych. Stosowane leki nie wywierają istotnego wpływu na punktację Apgar i stan neurologiczny noworodka.

Głównym celem znieczulenia przewodowego jest zmniejszenie bólu do poziomu akceptowalnego przez rodzącą, zachowanie mobilności pacjentki oraz zachowanie fizjologicznych odruchów warunkujących prawidłowy przebieg porodu.

Dolegliwości bólowe w dużym stopniu zależy od indywidualnych uwarunkowań. Do określania natężenia bólu będą wykorzystywane proste skale takie jak: **wzrokowa skala analogowa (VAS) – Rys.1.**

Rysunek 1 – Wzrokowa skala analogowa

lub **skala numeryczna (NRS)**, w której natężenie bólu określa się w 11-stopniowej skali, gdzie 0 oznacza całkowity brak bólu, a 10 najsilniejszy ból. Celem znieczulenia przewodowego podczas porodu jest utrzymanie poziomu dolegliwości poniżej 4 punktów.

Znieczulenie przewodowe może powodować wydłużenie I i /lub II okresu porodu, ale w niektórych przypadkach skrócenie I okresu porodu z powodu przyspieszenia rozwierania szyjki macicy lub nie wpływa na czas trwania porodu. Może prowadzić do konieczności zakończenia porodu w sposób instrumentalny (kleszcze) lub operacyjny (cięcie cesarskie).

Znieczulenie zewnątrzoponowe ciągłe polega na wprowadzeniu do przestrzeni zewnątrzoponowej cewnika przez który będą podawane leki. Znieczulenie rozpoczyna się, kiedy rozwarcie szyjki macicy wynosi 3-4 cm. Cewnik zewnątrzoponowy można wprowadzić wcześniej, ale leki zostaną podane gdy rozwarcie szyjki osiągnie wyżej wymienioną wartość. Początek działania znieczulenia zaczyna się po ok 15-20 minutach od podania środków znieczulających. Kolejne dawki podawane są bolusach lub we wlewie ciągłym. Czas działania blokady można przedłużyć podając kolejne dawki leku.

Znieczulenie podpajęczynówkowe polega na podaniu leku miejscowo znieczulającego, czasami z dodatkiem innych leków, do przestrzeni podpajęczynówkowej kanału kręgowego, na wysokości kręgów lędźwiowych. Na tym poziomie w kanale kręgowym nie ma już rdzenia kręgowego, tylko nerwy rdzeniowe zawierające włókna czuciowe, ruchowe i współczulne, otoczone płynem mózgowo-rdzeniowym. Po podaniu leków dochodzi do zniesienia dolegliwości bólowych. Działanie znieczulenia występuje natychmiast po podaniu środka i utrzymuje się ok 1-2 godzin. Ten rodzaj znieczulenia polecany jest u pierwiastek w mocno zaawansowanym porodzie (całkowite rozwarcie) i u wieloródek w zaawansowanym porodzie (rozwarcie powyżej 7 cm). Może być również zastosowany w przypadku trudności w wykonaniu znieczulenia zewnątrzoponowego.

Znieczulenie podpajęczynówkowo-zewnątrzoponowe łączy zalety obu rodzajów znieczuleń czyli szybki początek działania i nieograniczony czas znieczulenia.

Znieczulenie przewodowe wykonuje anestezjolog. A po ustaleniu zaawansowania porodu wybiera odpowiedni rodzaj blokady. Blokada wykonywana jest w warunkach aseptycznych. Sprawna identyfikacja przestrzeni międzykręgowych przez anestezjologa wymaga współpracy ze strony pacjentki. Technicznym utrudnieniem mogą być zmiany zwyrodnieniowe w kręgosłupie lub gruba warstwa tkanki podskórnej uniemożliwiająca wybadanie kręgów.

Pacjentka do znieczulenia powinna przyjąć pozycję siedzącą lub leżącą na boku, wyginając plecy w łuk, tak aby wyrostki kolczyste kręgosłupa lędźwiowego rozsunęły się umożliwiając tym samym dostęp do odpowiedniej przestrzeni. Anestezjolog wykorzystując punkty anatomiczne na plecach pacjentki lub obraz ultrasonograficzny odcinka lędźwiowego kręgosłupa znajduje odpowiednie miejsce do wykonania punkcji. Następnie odkaża skórę na plecach pacjenta i przez cienką igłę podaje środek znieczulający skórę. W kolejnym kroku wprowadza odpowiednią igłę między kręgi aż do nakłucia przestrzeni zewnątrzoponowej lub podpajęczynówkowej. Po identyfikacji przestrzeni podaje dawkę leków. Pacjentka może początkowo odczuwać uczucie ciepła lub mrowienia w dolnej połowie ciała oraz złagodzenie dolegliwości bólowych. Po wykonaniu znieczulenia pacjentka jest układana w pozycji leżącej celem odpowiedniego rozprzestrzeniania

leku. Czasem w związku z anatomicznymi odmiennościami przestrzeni zewnątrzoponowej w celu uzyskania symetrycznej blokady pacjentka jest układana na jednym, a po pewnym czasie, na drugim boku.

Przed wykonaniem znieczulenia przewodowego anestezjolog rozważy przeciwwskazania do procedury, wśród których znajdują się: brak zgody pacjentki na procedurę, brak współpracy ze strony pacjentki, patologie części lędźwiowej kręgosłupa, schorzenia neurologiczne, schorzenia układu krążenia, sepsę, wstrząs, hipowolemię, zaburzenia krzepnięcia, uczulenie na środki znieczulenia miejscowego, zniekształcenie lub choroby kręgosłupa, silne bóle głowy i kręgosłupa w wywiadzie, ryzyko w skali ASA, zmiany skórne/zakażenie w miejscu planowanego wkłucia, tatuaże.

Mimo zachowania staranności w wykonaniu znieczulenia u pacjentki mogą wystąpić działania niepożądane takie jak: spadek ciśnienia tętniczego, zwolnienie akcji serca, nudności, wymioty, zatrzymanie moczu, zaburzenia termoregulacji. Niekiedy po wykonaniu procedury mogą wystąpić popunkcyjne bóle głowy, ustępujące objawy podrażnienia nerwów w postaci bólów lub parestezji, krwihak okołordzeniowy, uszkodzenia nerwów, paraliż kończyn dolnych oraz całkowite znieczulenie podpajęczynówkowe mogące przebiegać ze spadkiem ciśnienia tętniczego, zatrzymaniem oddechu, bradykardią do zatrzymania krążenia łącznie.

Ponieważ postępowanie anestezjologa jest szczególnie skupione na uniknięciu lub leczeniu ewentualnych nieprzewidzianych zdarzeń w trakcie procedury, przez czas trwania całej procedury stan zdrowia rodzącej oraz płodu będzie stale monitorowany.

Każdy poród może zakończyć się cięciem cesarskim ze wskazań medycznych. W przypadku niewystarczającej blokady, co uniemożliwia przeprowadzenie operacji, koniecznym może się okazać wykonanie znieczulenia ogólnego. Z tego powodu pacjentki podczas trwania znieczulenia nie powinny przyjmować stałych pokarmów, mogą pić klarowne płyny.

Po zakończeniu porodu cewnik służący do podaży leków w trakcie procedury zostanie usunięty przez anestezjologa, a leczenie przeciwbólowe będzie kontynuowane drogą doustną lekami bezpiecznymi dla matki oraz noworodka.

III. ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Celem określenia optymalnego postępowania anestezjologicznego prosimy o sumienne wypełnienie poniższej ankiety. Jeśli posiada Pan/Pani informacje nie zawarte w ankiecie, które mogłyby mieć wpływ na przebieg operacji lub znieczulenia prosimy o ich przedstawienie.

Podane w ankiecie dane objęte są tajemnicą dokumentacji medycznej i tajemnicą lekarską.

Dane pacjentki:			
Wiek [lat]	Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta	Wzrost [cm]	Waga [kg]
Czy pozostaje Pani pod opieką lekarza specjalisty?		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli TAK to jakiego?			
Czy zażywała Pani leki w ostatnich dniach lub tygodniach?		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli TAK to jakie?			
Czy zażywała Pani preparaty ziołowe w ostatnich dniach lub tygodniach?		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli TAK to jakie?			

Czy była Pani wcześniej hospitalizowana ?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeśli TAK, proszę podać w jakim szpitalu i z jakiego powodu:		
Czy była Pani wcześniej operowana ?:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeśli TAK, proszę podać rodzaj / powód operacji i rok w którym została przeprowadzona?		
Czy wystąpiły powikłania w czasie poprzedniego znieczulenia?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeśli TAK, to jakie?		
Czy u członków Pani najbliższej rodziny, w trakcie znieczulenia, wystąpiło coś szczególnego?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeśli TAK, to proszę opisać zdarzenie:		
Czy przetaczano Pani krew lub jej składniki ?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy wystąpiły jakieś powikłania w związku z przetaczaniem krwi lub preparatów krwiopochodnych?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeśli TAK, to jakie?		
Czy jest Pani uczulona na leki lub inne substancje ?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli TAK, to jakie i jakie objawy towarzyszą uczuleniu?:		
Czy pali Pani papierosy?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli TAK, ile i od kiedy:		
Czy pije Pani alkohol?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli TAK to ile i jak często:		
Kiedy jadła Pani ostatni posiłek? :		
W przypadku zabiegów w trybie pilnym lub natychmiastowym		
Kiedy wypła Pani ostatni płyn? :		
W przypadku zabiegów w trybie pilnym lub natychmiastowym		
Jaki to był płyn i w jakiej ilości? :		

Czy stwierdzono u Pani wcześniej lub obecnie chorobę któregoś z podanych poniżej układów lub narządów?

Układ krążenia	<input type="checkbox"/> nie
<input type="checkbox"/> choroba wieńcowa	<input type="checkbox"/> rozrusznik serca
<input type="checkbox"/> zawał serca	<input type="checkbox"/> zaburzenia rytmu
<input type="checkbox"/> niewydolność serca	<input type="checkbox"/> nadciśnienie tętnicze
<input type="checkbox"/> wady serca	<input type="checkbox"/> zapalenie żył
<input type="checkbox"/> inne:	
Układ oddechowy:	<input type="checkbox"/> nie
<input type="checkbox"/> zapalenie płuc	<input type="checkbox"/> gruźlica
<input type="checkbox"/> astma oskrzelowa	<input type="checkbox"/> nikotynizm
<input type="checkbox"/> przewlekła obturacyjna choroba płuc	<input type="checkbox"/> inne
Układ neurologiczny:	<input type="checkbox"/> nie
<input type="checkbox"/> padaczka	<input type="checkbox"/> choroby psychiczne
<input type="checkbox"/> udar	<input type="checkbox"/> uraz
<input type="checkbox"/> niedowład, porażenie	<input type="checkbox"/> inne
INNE:	
<input type="checkbox"/> zaburzenia krzepnięcia	<input type="checkbox"/> choroby układu odpornościowego
<input type="checkbox"/> cukrzyca	<input type="checkbox"/> choroby wątroby
<input type="checkbox"/> choroby nerek	<input type="checkbox"/> choroby tarczycy
<input type="checkbox"/> choroba wrzodowa	<input type="checkbox"/> inne zaburzenia hormonalne
Uwagi:	

INNE INFORMACJE:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IV. OCENA ANESTEZJOLOGICZNA I KWALIFIKACJA - WYPEŁNIA LEKARZ ANESTEZJOLOG

Układ oddechowy:	<input type="checkbox"/> bez zastrzeżeń
Uwagi:	
Układ krążenia:	<input type="checkbox"/> bez zastrzeżeń
AS:	RR:
Uwagi:	
Ruchomość szyi:	<input type="checkbox"/> bez zastrzeżeń
Uwagi:	
ASA:	Skala Mallampati:

Po ocenie

kwalifikuję kwalifikuję warunkowo nie kwalifikuję
do analgezji regionalnej porodu.

Uwagi/zalecenia:.....

 Data

 pieczęć i podpis lekarza

*W przypadku zakwalifikowania Pacjenta do analgezji regionalnej porodu przejdź do punktu VI.
 W przypadku braku kwalifikacji do analgezji regionalnej porodu na kolejnej wizycie premedykacyjnej wypełnij punkt VI i kolejne*

V. REKONSULTACJA ANESTEZJOLOGICZNA

Po ocenie:

kwalifikuję kwalifikuję warunkowo nie kwalifikuję
do analgezji regionalnej porodu.

 Data

 pieczęć i podpis lekarza

VI. PROPONOWANA PREMEDIKACJA (konieczność przepisania do karty zleceń lekarskich):

Data	Godzina	Lek	Droga podania
			<ul style="list-style-type: none"> • po • im • iv

Uwagi/zalecenia:.....

Zalecane procedury dodatkowe w trakcie znieczulenia:	
<input type="checkbox"/> Cewnikowanie naczynia tętniczego	<input type="checkbox"/> Cewnikowanie centralnego naczynia żylnego
<input type="checkbox"/> Założenie cewnika do pęcherza moczowego	<input type="checkbox"/> Przetaczanie krwi i jej składników

INNE:

Kwalifikacja do dalszego leczenia w OINP: TAK NIE

 Data

 pieczęć i podpis lekarza

VII. OŚWIADCZENIE PACJENTA

Ja,.....

Imię i nazwisko, PESEL lub data urodzenia

oświadczam, że zapoznałam się z treścią niniejszego formularza i świadoma zagrożeń związanych z procedurą analgezji regionalnej porodu, dobrowolnie

 WYRAŻAM ZGODĘ* NIE WYRAŻAM ZGODY*

na przeprowadzenie proponowanej procedury.

Jednocześnie

 WYRAŻAM ZGODĘ* NIE WYRAŻAM ZGODY*

na ewentualną, uzasadnioną zmianę zakresu postępowania anestezjologicznego, w tym zmianę rodzaju znieczulenia.

Oświadczam, że po zapoznaniu się z treścią formularza, w rozmowie z anestezjologiem, mogłam zadać pytania i uzyskałam na nie zrozumiałe, wyczerpujące odpowiedzi

.....
data, godzina i czytelny podpis pacjenta powyżej 16 lat.....
data, godzina i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego /opiekuna prawnego.....
data, pieczęć i podpis lekarza przyjmującego zgodę

W przypadku braku zgody na proponowane znieczulenie - uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanego rodzaju znieczulenia:

.....

.....

Jeżeli to będzie uzasadnione

 WYRAŻAM ZGODĘ* NIE WYRAŻAM ZGODY*

na proponowany mi zakres monitorowania okołoperacyjnego oraz na zalecane procedury medyczne, przetoczenie krwi i jej składników i ewentualne wdrożenie procedur podtrzymujących funkcje narządów w czasie całej hospitalizacji.

Jeżeli w okresie okołoporodowym nie będę w stanie wyrazić świadomej zgody na proponowane procedury medyczne

 WYRAŻAM ZGODĘ* NIE WYRAŻAM ZGODY*

na znieczulenie ogólne do badań diagnostycznych i ewentualnych zabiegów w okresie procedury porodu, które będą niezbędne w opinii leczącego zespołu lekarskiego.

.....
data, godzina i czytelny podpis pacjenta powyżej 16 lat.....
data, godzina i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego /opiekuna prawnego.....
data, pieczęć i podpis lekarza przyjmującego zgodę

Potwierdzam, że zostałam poinformowana o możliwości wystąpienia powikłań w okresie okołoporodowym.

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania **nie zataiłam** istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób.

.....
data, godzina i czytelny podpis pacjenta powyżej 16 lat.....
data, godzina i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego /opiekuna prawnego.....
data, pieczęć i podpis lekarza przyjmującego zgodę

* właściwie zakreślić