

PESEL	<input type="text"/>	Data urodzenia:..... nr ks.gł. ....
Imię		
Nazwisko		
<b>Dane osób uprawnionych do wyrażenia zgody: opiekun prawny / przedstawiciel ustawowy*</b>		
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 Panu/Pani „Formularz świadomej zgody na wykonanie znieczulenia” to dokument zawierający podstawowe informacje dotyczące różnych metod znieczulenia do zabiegów operacyjnych i związanych z nimi powikłań. Jest to również dokument zawierający podstawowe informacje określające sposób przygotowania do znieczulenia.

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

Podczas przedoperacyjnej rozmowy z anesteziologiem będzie miał Pan/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. BLOKADY NERWÓW I SPLITÓW

**Blokada nerwów i splitów** polega na znieczuleniu nerwu lub grup nerwów w określonej okolicy ciała poprzez wstrzyknięcie środka miejscowo znieczulającego. Powoduje ona zablokowanie odczuwania bólu w miejscu zaplanowanej operacji, oraz długotrwałe działanie przeciwbólowe w trakcie jak i po zabiegu. W zależności od miejsca wkłucia oraz użytego środka miejscowo znieczulającego takie działanie może trwać od 2 do 24 (w niektórych przypadkach do 48) godzin. Procedura ta może być wykonana zarówno przed zabiegiem operacyjnym, jak również w leczeniu bólu pooperacyjnego oraz przewlekłego.

Podczas rozmowy premedykacyjnej anesteziolog wyjaśni jaki typ blokady nerwów jest najodpowiedniejszy dla pacjenta i danej operacji oraz czy jest konieczność lub wola pacjenta, aby znieczulenie regionalne połączyć z innymi rodzajami znieczulenia (ogólne lub blokada centralna).

Przygotowując się do operacji i znieczulenia pacjent powinien powstrzymać się na minimum sześć godzin przed znieczuleniem, od spożywania pokarmów stałych i na dwie godziny przed znieczuleniem, od picia płynów pod postacią wody, herbaty, klarownego soku jabłkowego oraz czarnej kawy w niewielkich ilościach. Picie wszystkich innych płynów jest przeciwwskazane na sześć godzin przed znieczuleniem ogólnym. Jeżeli zabieg jest w trybie pilnym lub natychmiastowym, prosimy powstrzymać się od pokarmów od chwili informacji o planowanej operacji. Należy zdjąć biżuterię, usunąć makijaż i lakier z paznokci. Na salę

operacyjną nie wolno zabierać protez zębowych, wszelkich implantów możliwych do wyjęcia oraz telefonów komórkowych.

Blokadę nerwów i splotów wykonuje się w warunkach aseptyki. Po przybyciu na salę operacyjną zostanie do pacjenta podłączony sprzęt monitorujący ciśnienie tętnicze krwi (mankiet na ramię), pracę serca (elektrody przyklejone na klatkę piersiową) i wysycenie krwi tlenem (pulsoksymetr na palec lub ucho). Jeśli wcześniej tego nie wykonano, założone będzie wkłucie do żyły, przez które będą podawane leki oraz płyny. Po odpowiednim ułożeniu i przygotowaniu miejsca wykonania blokady anestezjolog poprosi pacjenta o nieporuszanie się. Następnie w określonej okolicy ciała wprowadzana jest igła. Miejsce jej wkłucia może zostać wcześniej znieczulone, aby uniknąć ewentualnych dolegliwości bólowych. Do identyfikacji blokowanych nerwów wykorzystane mogą zostać różne techniki, takie jak wywoływanie parestezji, stymulacja elektryczna lub ultrasonografia. Następnie w okolicę pojedynczych nerwów lub splotów nerwowych podaje się środek miejscowo znieczulający. Podczas gdy anestetyk zaczyna działać, można poczuć ciepłe mrowienie, a następnie zanik czucia bólu, a często również ruchomości znieczulonej okolicy. Po osiągnięciu odpowiedniego poziomu znieczulenia rozpoczyna się operację.

Czasami przez igłę wprowadza się cienki cewnik i pozostawia w miejscu wkłucia, co umożliwia podaż środka miejscowo znieczulającego i działanie przeciwbólowe nawet do kilku dni. Cewnik ten może również być połączony z pompą strzykawkową kontrolowaną przez pacjenta.

Wykonanie blokady nerwów lub splotów umożliwia w niektórych przypadkach pozostanie świadomym podczas zabiegu operacyjnego, należy jednak podkreślić, że zawsze istnieje możliwość podania leków powodujących brak świadomości w czasie zabiegu. Znieczulenie regionalne może być bowiem, zależnie od potrzeb połączone ze znieczuleniem ogólnym, lub blokadą centralną w szczególności gdy celem blokady nerwów obwodowych jest kontrola bólu po operacji. Wszystkie te kwestie zostaną omówione w trakcie wizyty premedykacyjnej.

Blokady regionalne zmniejszają zapotrzebowania na leki przeciwbólowe podawane dożylnie lub doustnie. Mniejsze dawki leków opioidowych wiążą się z rzadziej występującymi i mniej nasilonymi nudnościami i wymiotami okołoperacyjnymi. Pacjent w związku z odpowiednią kontrolą dolegliwości bólowych może wcześniej rozpocząć rehabilitację, a brak konieczności wykonania znieczulenia ogólnego powoduje szybszy powrót funkcji poznawczych po zabiegu. Powyższe korzyści z wykonanej blokady mogą prowadzić do skrócenia pobytu w szpitalu.

Blokady nerwów i splotów, tak jak każda procedura medyczna, są powiązane z możliwością wystąpienia działań niepożądanych i powikłań. Podczas gdy większość powikłań jest przejściowa, część z nich może prowadzić do długotrwałych problemów.

Częste działania niepożądane i powikłania:

- a) wykonywanie procedury może powodować dyskomfort i ból,
- b) pojawienie się siniaka (krwiaka) w miejscu wkłucia - zwiększona częstość występowania w przypadku stosowania leków na "rozrzedzenie" krwi.

Rzadkie działania niepożądane i powikłania:

- a) niepowodzenie blokady- konieczność ponownej iniekcji lub zmiana metody znieczulenia,
- b) przejściowe uszkodzenie nerwu- objawy drętwienia, osłabienia okolicy zaopatrywanej przez dany nerw ustępują całkowicie w ciągu kilku dni- tygodni,
- c) reakcje toksyczne - obserwuje się w przypadku uczulenia na środki miejscowo znieczulające, przedawkowania, niezamierzonego podania donaczyniowego,
- d) w przypadku niektórych blokad kończyny dolnej przy próbie wczesnego obciążania kończyny istnieje ryzyko potknięcia i upadku z racji działającej jeszcze blokady i spowodowanego nią osłabienia siły mięśni i czucia,

- e) odma opłucnej (podczas wykonywania niektórych blokad kończyny górnej oraz tułowia),
- f) uszkodzenie otaczających struktur, takich jak naczynia krwionośne, inne nerwy i mięśnie,
- g) znieczulenia nerwu przeponowego i niedowładu przepony po stronie blokady (w przypadku blokady splotu ramiennego z dostępu między mięśniami pochyłymi oraz z dostępu nadobojczykowego). W rzadkich przypadkach u pacjentów z ciężką chorobą układu oddechowego może dojść do istotnego upośledzenia czynności płuc. Anestezjolog w czasie wizyty premedykacyjnej określa czy istnieje ryzyko takiego zdarzenia,
- h) w przypadku blokad z dostępu przykręgowego istnieje ryzyko wstrzyknięcia środka miejscowo znieczulającego do przestrzeni zewnątrzoponowej lub podpajęczynówkowej,
- i) w przypadku stosowania ciągłej blokady nerwów obwodowych i splotów większość powikłań związana jest z przypadkowym przemieszczeniem / usunięciem cewnika. Poważne skutki uboczne obserwuje się rzadko ( m. in. ropień, neuropatia, toksyczność ogólnoustrojowa).
- j) powstanie krwiaka,
- k) zakażenie.

Bardzo rzadkie działania niepożądane i powikłania:

- a) trwałe uszkodzenie nerwu,
- b) ciężka reakcja alergiczna,
- c) zatrzymanie krążenia,
- d) drgawki,
- e) śmierć.

W okresie do 24 godzin ( dłużej w przypadku blokad ciągłych) po znieczuleniu możliwe jest odczuwanie drętwienia i osłabienia w obszarze który został znieczulony.

Dla własnego bezpieczeństwa należy zwracać uwagę by nie dopuścić do uszkodzenia znieczulonej okolicy ciała z uwagi na brak odczuwania bólu.

Nie wolno kłaść gorących lub bardzo zimnych przedmiotów na znieczuloną powierzchnię by uniknąć uszkodzeń tkanek.

W przypadku osłabienia kończyn dolnych, nie należy chodzić bez pomocy asysty. Próby chodzenia powinny się odbywać się po uzyskaniu zgody lekarza. W przypadku próby chodzenia, zwłaszcza w ciągu pierwszych 24 do 48 godzin od operacji, pomimo prawidłowej funkcji kończyny dolnej, w ocenie pacjenta, należy pamiętać o zwiększonym ryzyku potknięć i upadków – wskazana asysta.

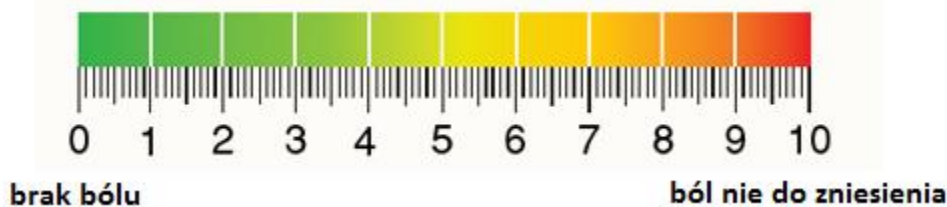
Należy zasięgnąć porady lekarza, kiedy można prowadzić pojazdy lub obsługiwać maszyny.

Kiedy uczucie drętwienia lub osłabienia nie mija w przeciągu 24 godzin należy skontaktować się z lekarzem, który oceni czy jest to efekt utrzymującej się blokady czy też konieczna jest diagnostyka ewentualnych powikłań. W razie podejrzenia uszkodzenia neurologicznego konieczna jest pilna konsultacja neurologiczna, wykonanie badań dodatkowych oraz wdrożenie leczenia zachowawczego, ewentualnie interwencji chirurgicznej.

Alternatywne metody znieczulenia to znieczulenie ogólne, które może być wykonane zamiast blokady splotów i nerwów lub też w połączeniu; blokady centralne, takie jak znieczulenie podpajęczynówkowe i zewnątrzoponowe oraz analgezja kontrolowana przez pacjenta jako metoda leczenia bólu pooperacyjnego za pomocą specjalnej pompy, która umożliwia podawanie leku przeciwbólowego na żądanie pacjenta, po naciśnięciu guzika.

Po operacji będzie Pan /Pani miała możliwość kontynuowania terapii przeciwbólowej, której głównym celem znieczulenia jest zmniejszenie bólu do poziomu akceptowalnego przez pacjenta. 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.

W przypadku wystąpienia powikłania anesteziolog wdraża podczas zabiegu i znieczulenia wszystkie dostępne procedury związane z intensywną terapią.

**III. ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA**

Celem określenia optymalnego postępowania anesteziologicznego 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 pacjenta:			
Wiek [lat]	Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	Wzrost [cm]	Waga [kg]
Czy Pan/ Pani była leczona w ciągu ostatnich 6 miesięcy ?		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli TAK, to z powodu jakiej choroby:			
Czy jest Pan/Pani pod stałą opieką lekarza specjalisty lub poradni specjalistycznej ?		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli TAK to jakiego:			
Czy zażywał Pan /zażywała Pani leki w ostatnich dniach lub tygodniach?		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli TAK, to jakie:			
Czy zażywał Pan /zażywała Pani preparaty ziołowe, suplementy diety w ostatnich dniach lub tygodniach?		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli TAK to jakie:			
Czy był Pan/ była Pani wcześniej hospitalizowana ?		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeśli TAK, proszę podać w jakim szpitalu i z jakiego powodu:			

Czy był Pan/ była Pani wcześniej operowany / operowana?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeśli TAK, proszę podać rodzaj / powód operacji i rok w którym została przeprowadzona:		
Czy wystąpiły jakieś powikłania w czasie poprzedniego znieczulenia?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeśli TAK, to jakie?		
Czy po znieczuleniu wystąpiły powikłania lub inne szczególne reakcje ?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeśli TAK, to jakie?		
Czy u członków Pana/Pani najbliższej rodziny, w trakcie znieczulenia, wystąpiło coś szczególnego?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeśli TAK, to proszę opisać zdarzenie:		
Czy Pan miał / Pani miała przetaczaną krew lub jej składniki ?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy wystąpiły jakieś powikłania w związku z przetaczaniem krwi lub jej składników ?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeśli TAK, to jakie:		
Czy Pan /Pani ma wzmożoną skłonność do krwawień i siniaków?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy Pan /Pani jest na coś uczulony /uczulona? (np. leki lub inne substancje tj. pokarmy, pyłki, inne)?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli TAK, to jakie oraz jakie objawy towarzyszą uczuleniu:		
Czy zdarzyła się Panu /Pani utrata przytomności, zasłabnięcie lub inne incydenty?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy Pan / Pani pali papierosy?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli TAK, ile i od kiedy:		
Czy Pan /Pani pije alkohol?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli TAK to ile i jak często:		
Czy jest Pani albo podejrzewa Pani, że jest obecnie w ciąży?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli TAK, to który tydzień ciąży:		
Kiedy Pan/ Pani jadł/ jadła ostatni posiłek? :		
W przypadku zabiegów w trybie pilnym lub natychmiastowym		
Kiedy Pan /Pani wypił/wypiła ostatni płyn? :		
W przypadku zabiegów w trybie pilnym lub natychmiastowym		

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

Układ krążenia	<input type="checkbox"/> <b>nie</b>
<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"/> <b>nie</b>
<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"/> <b>nie</b>
<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
<b>INNE:</b>	
<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:	

**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 wykonania znieczulenia.**

Uwagi/zalecenia:.....  
 .....

\_\_\_\_\_  
 Data

\_\_\_\_\_  
 pieczęć i podpis lekarza

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

**V. REKONSULTACJA ANESTEZJOLOGICZNA**

Po ocenie:

- kwalifikuję  kwalifikuję warunkowo  nie kwalifikuję  
do wykonania znieczulenia.

\_\_\_\_\_ *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"> <li>• po</li> <li>• im</li> <li>• iv</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• po</li> <li>• im</li> <li>• iv</li> </ul>

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
<input type="checkbox"/> Założenie sondy do żołądka	<input type="checkbox"/> Założenie cewnika do pęcherza

INNE:  
.....

Kwalifikacja do dalszego leczenia w OINP:  TAK  NIE

\_\_\_\_\_ *Data*

\_\_\_\_\_ *pieczęć i podpis lekarza*

**VII. OŚWIADCZENIE PACJENTA**

Pacjent,.....

Imię i nazwisko pacjenta, PESEL lub data urodzenia

lub w imieniu pacjenta, ja jako osoba uprawniona (opiekun prawny/ustawowy) do wyrażenia zgody, oświadczam że zapoznałem/zapoznałam się z treścią niniejszego formularza i świadomy/świadoma zagrożeń związanych ze znieczuleniem, dobrowolnie

- WYRAŻAM ZGODĘ\*  NIE WYRAŻAM ZGODY\*  
na przeprowadzenie proponowanego znieczulenia.

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, mogłem/mogłam zadać pytania i uzyskałem/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 i/lub opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanego rodzaju znieczulenia:

.....  
.....

**Jeżeli to będzie uzasadnione**

WYRAŻAM ZGODĘ\*

NIE WYRAŻAM ZGODY\*

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

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

WYRAŻAM ZGODĘ\*

NIE WYRAŻAM ZGODY\*

na znieczulenie do badań diagnostycznych i ewentualnych zabiegów w okresie po operacji, 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 zostałem/zostałam poinformowana** o możliwości wystąpienia powikłań w czasie trwania znieczulenia i zabiegu operacyjnego oraz w okresie pooperacyjnym.

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

.....  
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