

**ŚWIADOMA ZGODA NA WYKONANIE ZNIECZULENIA –
ANALGOSEDACJA/SEDACJA/MONITOROWANY NADZÓR ANESTEZJOLOGICZNY
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 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 anestezjologiem 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. ANALGOSEDACJA/SEDACJA/MONITOROWANY NADZÓR ANESTEZJOLOGICZNY

Analgoosedacja to jedna z form znieczulenia polegająca na jednoczesnym podawaniu leków o działaniu nasennym i uspokajającym (sedacja) i leków o działaniu przeciwbólowym (analgezja). Środki te podaje się najczęściej drogą dożylną, ale mogą być one podane także doustnie i/lub wziewnie oraz miejscowo. Analgoosedację wykorzystuje się podczas krótkich procedur o małym nasileniu bólu towarzyszącemu zabiegowi. Celem analgoosedacji jest uspokojenie pacjenta oraz zniesienie dolegliwości bólowych towarzyszących procedurom diagnostycznym i operacjom. Podczas procedur przeprowadzanych w analgoosedacji pacjent może być przytomny, spokojny i współpracujący z lekarzem, lub jego świadomość może być częściowo lub całkowicie wyłączona, jeśli istnieje taka konieczność. W przypadku, gdy pacjent nie śpi, może on pamiętać częściowo lub całkowicie przebieg procedury.

Przed zabiegiem operacyjnym w analgoosedacji, sedacji lub gdy zapewniony jest monitorowany nadzór anestezjologiczny przez lekarza anestezjologa, chirurg wykonuje dodatkowo znieczulenie miejscowe – nasiękowe lub znieczulenie przewodowe – okołonerwowe, które w znacznym stopniu powinno zapewnić bezbolesność zabiegu.

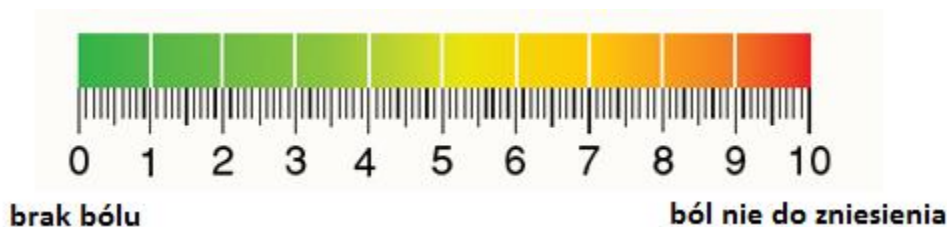
Przygotowując się do procedury oraz sedacji bądź znieczulenia ogólnego powinien Pan/powinna Pani, powstrzymać się na minimum sześć godzin przed znieczuleniem, od spożywania pokarmów stałych i na dwie

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 lub do gabinetu zabiegowego nie wolno zabierać protez zębowych, wszelkich implantów możliwych do wyjęcia oraz telefonów komórkowych.

Po przybyciu na salę operacyjną lub gabinetu zabiegowego zostanie do Pana/Pani 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 wykonaniu procedury będzie Pan miał/Pani miała kontynuowaną terapię przeciwbólową. Dolegliwości bólowe będą zależały od rodzaju procedury, ale też w dużym stopniu od Pana/Pani indywidualnych uwarunkowań. Aby leczenie było skuteczne musi być monitorowane, dlatego personel oddziału będzie regularnie oceniał u Pana/Pani nasilenie dolegliwości bólowych. 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. Ponieważ największe nasilenie dolegliwości bólowych występuje po zabiegu, leki przeciwbólowe mogą być początkowo podawane drogą dożylną. Aby uzyskać jak najlepszy efekt przeciwbólowy, stosowane będą leki o różnym mechanizmie działania oraz metody znieczulenia. Pomimo tego, że stosowanie opioidowych leków przeciwbólowych wiąże się z działaniami niepożądanymi, to ich użycie może być konieczne. Leki te będą podawane przez personel pielęgniarstwa albo przy pomocy specjalnych pomp kontrolowanych przez chorego, które umożliwiają podawanie leków na żądanie, po naciśnięciu guzika przez pacjenta. Wcześniej rozpoczęta rehabilitacja oddechowa oraz ruchowa zmniejszy ryzyko powikłań oraz pozwoli na szybszy wypis ze szpitala.

Alternatywnym do analgosedacji, sedacji lub monitorowanego nadzoru anestezjologicznego postępowaniem jest znieczulenie ogólne lub przewodowe (znieczulenie podpajęczynówkowe, znieczulenie zewnątrzoponowe lub znieczulenie splotu nerwowego).

Na ryzyko związane ze znieczuleniem wpływa wiele czynników zależnych od chorego (wydolność fizyczna, waga, wiek, płeć, palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, zażywane leki, choroby serca, płuc, nerek, wątroby) oraz zakres i pilność wykonywania operacji. Z tego powodu niezbędna jest ocena Pana/Pani stanu zdrowia przez anestezjologa w trakcie wizyty przedoperacyjnej. Ponieważ postępowanie anestezjologa jest szczególnie skupione na uniknięciu lub leczeniu ewentualnych nieprzewidzianych zdarzeń w trakcie operacji, przez czas trwania całej procedury Pana/Pani stan zdrowia będzie stale monitorowany.

Jak każda procedura medyczna, także analgosedacja, nie jest pozbawiona ryzyka wystąpienia powikłań. Powikłania mniej groźne to: miejscowy krwiak powstały podczas kaniulacji żyły, reakcja alergiczna na leki, przejściowy spadek ciśnienia tętniczego krwi, zwolnienie częstości akcji serca, spadek saturacji, bóle głowy, nudności i wymioty występujące po znieczuleniu. Mogą wystąpić również groźne powikłania, takie jak: uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego i zachłystowe zapalenie płuc, a nawet zatrzymanie akcji serca, niemniej są one bardzo rzadkie.

W trakcie trwania procedury medycznej zdarzają się sytuacje wymuszające konieczność wprowadzenia zmian w planowanym postępowaniu anestezyjologicznym, celem umożliwienia wykonania procedury w bezpieczny dla pacjenta sposób. Sytuacje te są nieprzewidywalne, jednak lekarz anestezjolog zawsze czuwa nad bezpieczeństwem pacjenta i jest gotowy im sprostać. W takich sytuacjach najczęściej zachodzi konieczność zmiany rodzaju znieczulenia lub jego pogłębienia do znieczulenia ogólnego (tzw. „narkozy”).

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

III. ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Celem określenia optymalnego postępowania anestezyjologicznego 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"/> 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:	

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"> • po • im • iv
			<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
<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/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 ogólne 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.

.....
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

* właściwe zakreślić