

**ŚWIADOMA ZGODA NA WYKONANIE ZNIECZULENIA – PEŁNOLETNI
ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA**

PESEL	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Data urodzenia:..... nr ks.gł.
Imię		
Nazwisko		
Dane osób uprawnionych do wyrażenia zgody: opiekun prawny / przedstawiciel ustawowy*		
Imię		
Nazwisko		
PESEL	<input style="width: 100%;" 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 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. ZNIECZULENIE OGÓLNE

Znieczulenie ogólne stosowane w trakcie operacji polega na czasowym, kontrolowanym, odwracalnym zniesieniu przytomności i odczuwania bólu. Stan ten uzyskuje się za pomocą leków, które anestezjolog podaje dożylnie i/lub w postaci wziewnej. W trakcie przeprowadzanych znieczuleń ogólnych pacjent śpi, nie porusza się oraz nie oddycha samodzielnie a oddech zapewniony jest przez maszynę do znieczulenia.

Przygotowując się do operacji i 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 nie wolno zabierać protez zębowych, wszelkich implantów możliwych do wyjęcia oraz telefonów komórkowych.

Po przybyciu na salę operacyjną 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. W zależności od wybranej metody rozpoczęcia znieczulenia otrzyma Pan/Pani leki dożylnie albo wziewnie za pomocą maski szczelnie przyłożonej do twarzy. Celem zmniejszenia dawek leków, skrócenia okresu budzenia po znieczuleniu oraz kontroli dolegliwości bólowych w okresie pooperacyjnym anestezjolog łączy ze sobą techniki znieczulenia ogólnego ze znieczuleniem regionalnym. Jeżeli taki sposób postępowania będzie wskazany w Pana/Pani przypadku anestezjolog Pana/Panią o tym poinformuje, przedstawi rodzaje znieczulenia regionalnego i poprosi o wyrażenie na nie świadomej zgody. Po zaśnięciu, do dróg oddechowych założona będzie odpowiednia rurka intubacyjna lub maska krtaniowa, w celu zapewnienia ich drożności i bezpiecznej wentylacji (oddychania) w trakcie operacji. W uzasadnionych przypadkach monitorowany będzie poziom blokady nerwowo-mięśniowej oraz głębokość znieczulenia.

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. Niejednokrotnie celem rozszerzenia monitorowania, zapewnienia większego bezpieczeństwa szczególnie u pacjentów z licznymi chorobami dodatkowymi i/lub podczas długotrwałych, skomplikowanych operacji anestezjolog podejmuje decyzje o wykonaniu dodatkowych czynności, takich jak:

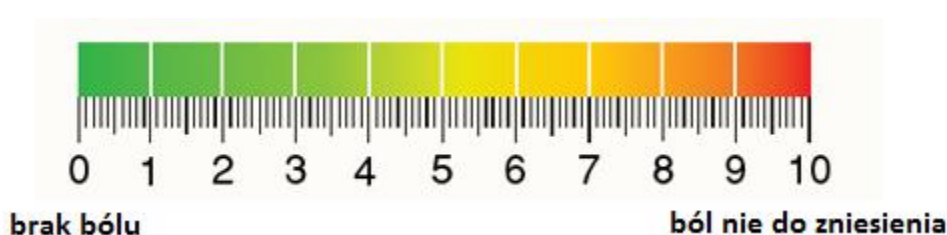
- a) Cewnikowanie dużych naczyń tętniczych i żylnych
- b) Założenie sondy do żołądka,
- c) Założenie cewnika do pęcherza moczowego,
- d) Przetaczanie krwi i jej składników.

Jeżeli w Pana/Pani przypadku takie postępowanie będzie przewidziane zostanie Pan/Pani o tym poinformowany w trakcie wizyty przedoperacyjnej.

Po zakończeniu operacji lekarz anestezjolog wstrzymuje podawanie leków i przetransportuje Pana/Panią na Salę Nadzoru Poznieczuleniowego, gdzie po pewnym czasie nastąpi u Pana/Pani powrót świadomości i wybudzenie. Jeżeli anestezjolog w porozumieniu z chirurgiem podejmą decyzję o konieczności monitorowania Pana/Pani stanu zdrowia po zabiegu na Oddziale Intensywnego Nadzoru Pooperacyjnego, zostanie Pan/Pani o tym wcześniej poinformowany/poinformowana. W takim przypadku leki powodujące sen będą podawane również w trakcie transportu na oddział.

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 są początkowo podawane regularnie drogą dożylną. Aby uzyskać jak najlepszy

efekt przeciwbólowy, stosuje się leki o różnym mechanizmie działania oraz metody znieczulenia regionalnego (blokady nerwów, splotów lub blokady centralne). Pomimo tego, że stosowanie opioidowych leków przeciwbólowych wiąże się z działaniami niepożądanymi, to po dużych zabiegach ich użycie może być konieczne. Leki te będą podawane przez personel pielęgniarski 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.

Pomimo starań anestezjologa znieczulenie ogólne może wiązać się z powikłaniami:

- a) występujące często (1/10 przypadków): pooperacyjne nudności i wymioty, chrypka i ból gardła, osłabienie i zawroty głowy, uszkodzenie śluzówki jamy ustnej podczas drażnienia dróg oddechowych, dreszcze, problemy z oddawaniem moczu,
- b) występujące rzadko (1/10 tysięcy przypadków): uszkodzenie zębów, uszkodzenie rogówki oka, uszkodzenie nerwu spowodowanego uciskiem podczas długotrwałego leżenia, pozanaczyniowe podanie leku, zachłyśnięcie treścią pokarmową, śródoperacyjny powrót świadomości,
- c) występujące bardzo rzadko (1/100 tysięcy przypadków): poważna reakcja uczuleniowa, zawał serca, udar mózgu, zatorowość płucna, zespół genetycznie uwarunkowanej hipertermii złośliwej i śmierć wynikająca wyłącznie ze znieczulenia (1/200 tysięcy przypadków lub rzadziej), **niemniej jednak proponowana przez anestezjologa Panu/Pani procedura znieczulenia ogólnego to postępowanie okołooperacyjne, dla którego nie ma alternatywnego działania.**

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

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 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, zaszabnięcie 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 do znieczulenia. kwalifikuję warunkowo nie kwalifikuję

Uwagi/zalecenia:.....

Data

pieczęć i podpis lekarza

W przypadku zakwalifikowania Pacjenta do znieczulenia ogólnego przejdź do punktu VI.

W przypadku braku kwalifikacji do znieczulenia ogólnego na kolejnej wizycie premedykacyjnej wypełnij punkt VI i kolejne

V. REKONSULTACJA ANESTEZJOLOGICZNA

Po ocenie:

kwalifikuję do znieczulenia. kwalifikuję warunkowo nie kwalifikuję

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 i zabiegiem operacyjnym, 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 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

* właściwie zakreślić