

| | | |
|---|----------------------|-------------------------------------|
| 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 zgody prosimy o podpisanie w miejscach wyznaczonych jako potwierdzenie zapoznania się z jej 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 PODPAJĘCZYNÓWKOWE

Znieczulenie podpajęczynówkowe to jeden z rodzajów znieczulenia regionalnego. Polega na podaniu leku miejscowo znieczulającego, czasami z dodatkiem innych leków, do przestrzeni podpajęczynówkowej kanału kręgowego, na wysokości kręgow łędźwiowych. 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 czucia bólu i możliwości wykonywania ruchów kończynami dolnymi. W zależności od rodzaju podanych leków, ich stężenia, objętości, miejsca podania, pozycji pacjenta, zakres, czas i siła działania znieczulenia mogą być różne. W czasie działania znieczulenia podpajęczynówkowego można wykonywać zabiegi chirurgiczne w dolnej połowie ciała, ale również niektóre w obrębie jamy brzusznej.

Pojedyncza dawka leków pozwala na przeprowadzenie zabiegów trwających około 2 – 3 godziny. W przypadku zastosowania techniki ciągłej podaży leków przez cewnik umieszczony w przestrzeni podpajęczynówkowej, można dowolnie sterować czasem działania blokady.

Po zaprzestaniu podaży leków - objawy znieczulenia ustępują w ciągu kilku godzin.

W odróżnieniu od znieczulenia ogólnego, leki miejscowo znieczulające podane w okolice nerwów, blokują przewodzenie bodźców nerwowych. W ten sposób uzyskiwany jest efekt zniesienia bólu, ale pacjent

zachowuje świadomość. Dla komfortu pacjenta w czasie znieczulenia regionalnego mogą być podawane dożylnie leki uspokajające i nasenne.

Przygotowując się do operacji i znieczulenia ogólnego 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. Jeżeli zabieg jest w trybie pilnym lub natychmiastowym, pacjent powinien 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 do pacjenta zostanie 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.

Znieczulenie podpajęczynówkowe wykona lekarz anestezjolog w warunkach sali operacyjnej. Sprawna identyfikacja przestrzeni międzykręgowych przez anestezjologa wymaga współpracy pacjenta. Technicznym utrudnieniem mogą być zmiany zwyrodnieniowe w kręgosłupie lub gruba warstwa tkanki podskórnej uniemożliwiająca wybadanie kręgów.

Pacjent do znieczulenia powinien przyjąć pozycję siedzącą lub leżącą na boku, wyginając plecy w łuk, tak aby wyrostki kolczyste kręgosłupa lędźwiowego rozsunęły się umożliwiając tym samym dostęp do przestrzeni podpajęczynówkowej. Anestezjolog wykorzystując punkty anatomiczne na plecach pacjenta 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 podpajęczynówkowej i uzyskania wypływu płynu mózgowo-rdzeniowego. Po identyfikacji przestrzeni podaje dawkę leków. Pacjent może początkowo odczuwać uczucie ciepła lub mrowienia w dolnej połowie ciała. Po wykonaniu znieczulenia pacjent jest układany w pozycji leżącej, a operacja zaczyna się dopiero po potwierdzeniu uzyskania braku czucia bólu przez pacjenta. Siła mięśniowa kończyn dolnych jest osłabiona lub zniesiona w zależności od stężenia podanych leków. Czucie głębokie nie jest zniesione całkowicie, więc manipulacje w polu operacyjnym pacjent może odczuwać nie jako ból, ale pociągania, zmianę położenia, ucisk.

W przypadku niewystarczającej blokady, co uniemożliwia przeprowadzenie operacji, można podjąć ponownie próbę znieczulenia podpajęczynówkowego lub wykonać znieczulenie ogólne. Jeśli zabieg operacyjny przedłuży się poza czas działania znieczulenia, pacjent również musi być poddany znieczuleniu ogólnemu.

Przed wykonaniem znieczulenia podpajęczynówkowego anestezjolog rozważy przeciwwskazania do procedury, wśród których znajdują się: brak zgody pacjenta, brak współpracy ze strony pacjenta, patologie części lędźwiowej kręgosłupa, schorzenia neurologiczne, schorzenia układu krążenia, sepsa, wstrząs, hipowolemia, zaburzenia krzepnięcia, uczulenie na środki znieczulenia miejscowego, zniekształcenie lub choroby kręgosłupa, silne bóle głowy i kręgosłupa w wywiadzie, chorzy z grupy wysokiego ryzyka ASA, zmiany skórne/zakażenie w miejscu planowanego wkłucia, tatuaże.

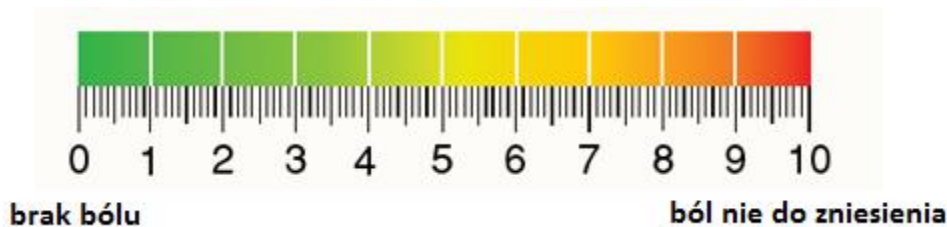
Mimo zachowania staranności w wykonaniu znieczulenia u pacjenta mogą wystąpić działania niepożądane takie jak: spadek ciśnienia tętniczego, zwolnienie akcji serca, nudności, wymioty, zatrzymanie moczu, zaburzenia termoregulacji. Niekiedy po wykonaniu procedury mogą wystąpić popunkcyjne bóle głowy, ustępujące objawy podrażnienia nerwów w postaci bólów lub parestezji, krwiak okołordzeniowy, uszkodzenia nerwów, paraliż kończyn dolnych oraz całkowite znieczulenie podpajęczynówkowe mogące

przebiegać ze spadkiem ciśnienia tętniczego, zatrzymaniem oddechu, bradykardią do zatrzymania krążenia włącznie.

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 stanu zdrowia pacjenta 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 stan zdrowia chorego będzie stale monitorowany.

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 drogą dożylną. Aby uzyskać jak najlepszy efekt przeciwbólowy, stosuje się leki o różnym mechanizmie. 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.

Alternatywą do znieczulenia podpajęczynówkowego w razie barku zgody pacjenta, przeciwwskazań lub niepowodzenia wykonania znieczulenia jest znieczulenie zewnątrzoponowe lub znieczulenie ogólne.

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 |
| Jeżeli 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 |
| Jeżeli 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 |
| Jeżeli TAK, to jakie? | | |
| Czy po znieczuleniu wystąpiły powikłania lub inne szczególne reakcje ? | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Jeżeli TAK, to jakie? | | |
| Czy u członków Pana/Pani najbliższej rodziny, w trakcie znieczulenia, wystąpiło coś szczególnego? | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Jeżeli 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 |
| Jeżeli 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 do znieczulenia.
 kwalifikuję warunkowo
 nie kwalifikuję

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 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 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 anestezyjologicznego, w tym zmianę rodzaju znieczulenia.

Oświadczam, że po zapoznaniu się z treścią formularza, w rozmowie z anestezyjologiem, 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 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

* właściwe zakreślić