

**ŚWIADOMA ZGODA NA WYKONANIE ZNIECZULENIA  
DO ZABIEGU PRZESZCZEPIENIA WĄTROBY  
ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA**

PESEL	<input style="width: 100%;" 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 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 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 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:

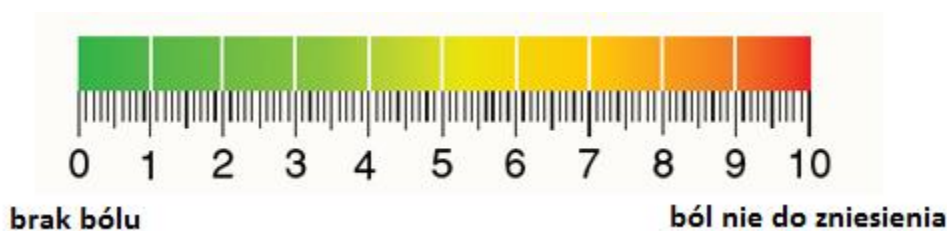
- a) Cewnikowanie dużych naczyń tętniczych i żylnych
- b) Założenie sondy do żołądka,
- c) Założenie cewnika do pęcherza moczowego,
- d) Przetaczanie krwi i jej składników.

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 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.

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 okołoperacyjne, dla którego nie ma alternatywnego działania.**

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

### **Znieczulenie do zabiegu przeszczepienia wątroby**

Stan ogólny pacjenta poddawanego znieczuleniu jest oceniany wg pięciostopniowej skali ASA. Pacjenci poddawani przeszczepieniu wątroby kwalifikowani są najczęściej według tej skali do grupy IV – obciążony poważną chorobą ogólnoustrojową zagrażającą życiu. Ryzyko powikłań, w tym zagrażających zdrowiu i życiu, w trakcie znieczulenia i zabiegu jest większe niż podane statystycznie

Znieczulenie do zabiegu przeszczepienia wątroby jest znieczuleniem ogólnym. Jednak sama specyfika i pilność zabiegu operacyjnego oraz stan ogólny wynikający z ciężkości choroby, zaawansowania niewydolności wątroby ze współistnieniem niewydolności innych narządów (kardiomiopatia, zespół wątrobowo-płucny, zespół wątrobowo-nerkowy, wodobrzusze, wyniszczenie, zaburzenia krzepnięcia, zaburzenia elektrolitowe) niesie ze sobą zagrożenia, które mogą wystąpić w czasie trwania operacji. Takimi zagrożeniami są między innymi ciężki krwotok, niewydolność krążenia z zaburzeniami pracy serca, mogącymi prowadzić do zatrzymania krążenia, niewydolność nerek, obrzęk płuc i obrzęk mózgu. Zagrożenia te wynikają bezpośrednio z choroby podstawowej, czyli niewydolności wątroby, która w tym wypadku nieleczona doprowadza do śmierci. W przypadku wystąpienia opisanych powyżej zagrożeń konieczne jest natychmiastowe im przeciwdziałanie, takie jak masywne przetoczenia preparatów krwi, wyrównywanie zaburzeń elektrolitowych, leczenie nerkozastępcze, przeciwdziałanie obrzękowi mózgu, przeciwdziałanie ciężkim zaburzeniom pracy serca. Pomimo tego komplikacje związane ze specyfiką zabiegu i z wstępnym obciążeniem dla organizmu jakim jest niewydolność wątroby i innych narządów, mogą prowadzić do trwałej utraty zdrowia i nawet śmierci. W celu szybkiego wykrycia zagrożeń, konieczne jest rozszerzenie zakresu monitorowania i wprowadzenie bardziej inwazyjnych metod kontroli krążenia (pomiaru ciśnienia krwi lub/i rzutu serca). W trakcie zabiegu lub w kolejnych dobach po operacji może być konieczne włączenie leczenia nerkozastępczego, nawet jeśli wcześniej Pan /Pani tego leczenia nie wymagał /wymagała. Do tego celu potrzebne jest założenie odpowiednich dostępów (wkłuć) do tętnic oraz dostępów do żył tzw. centralnych przez nakłucie żyły szyjnej, podobojczykowej lub udowej. Założenie tych dostępów donaczyniowych związane jest z większą ilością niepożądanych powikłań, głównie pod postacią krwawienia lub niedokrwienia kończyny (w przypadku

nakłucia tętnicy). Związane jest to często ze współistniejącymi ciężkimi zaburzeniami krzepnięcia i zaburzeniami krążenia występującymi u pacjentów z niewydolnością wątroby, jeszcze przed zabiegiem przeszczepienia narządu.

Bezpośrednio po zabiegu operacyjnym zostanie Pan przekazany/Pani przekazana do Oddziału Intensywnego Nadzoru Pooperacyjnego lub Kliniki Intensywnej Terapii, gdzie nadzór i dalsze leczenie będzie sprawować wielospecjalistyczny zespół lekarzy i pielęgniarek. Kontynuowane będzie stałe monitorowanie parametrów życiowych, pracy przeszczepionego narządu, leczenie i wyrównywanie zaburzeń w trakcie okresu pooperacyjnego, leczenie immunosupresyjne. Zapewniona będzie również rehabilitacja.

W przypadku wystąpienia powikłania anestezjolog wdraża podczas zabiegu operacyjnego 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 ma Pan /Pani wzmożoną skłonność do krwawień i siniaków?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy jest Pan /Pani 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 przebył Pan/Pani zawał serca?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeśli tak to kiedy?		
Czy ma Pan /Pani założone stenty do naczyń wieńcowych lub czy miał Pan/Pani zabieg pomostowania naczyń wieńcowych?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy przyjmuje Pan/Pani leki przeciwkrzepliwe?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeśli tak, to jakie?		
Czy ma Pan /Pani wszczepiony stymulator serca lub kardiowerter?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy choruje Pan/Pani na inne choroby układu krążenia?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeśli tak to jakie?		
Czy ma Pan/Pani żylaki kończyn dolnych?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy odczuwa Pan/Pani duszność przy wysiłku?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy odczuwa Pan/Pani ból w okolicy mostka?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Na które piętro Pan/Pani wejdzie bez zatrzymywania się?		
Jaka jest przyczyna zatrzymywania się (duszność, kołatania serca, ogólne zmęczenie, bóle nóg, inne?):		

Czy występują u Pana/Pani obrzęki kończyn dolnych?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy choruje Pan/Pani na astmę oskrzelową lub chorobę obturacyjną płuc?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy męczy Pana/Panią kaszel?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy w ostatnim czasie miał Pan/Pani infekcję dróg oddechowych?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeśli tak to kiedy i jakie była to infekcja (katar, zapalenie oskrzeli, płuc, angina)?		
Czy choruje Pan/Pani na cukrzycę?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeśli tak, czy przyjmuje Pan/Pani leki doustne czy insulinę?		
Czy choruje Pan/Pani na niewydolność nerek lub inne schorzenia nerek?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeśli tak, czy wymaga Pan/Pani dializy?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeśli tak to jakiej i ile razy w tygodniu?		
Jeśli ma Pan/Pani niewydolność nerek, to ile moczu oddaje Pan/Pani na dobę?		
Czy musi Pan/Pani ograniczać przyjmowane płyny?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeśli tak to ile płynów Pan/Pani wypija w ciągu doby?:		
Czy ma Pan/Pani zdiagnozowane żylaki przełyku?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeśli tak, czy wystąpiło u Pana/Pani krwawienie z żyłaków przełyków?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeśli tak to kiedy ?		
Czy miał Pan /Pani opaskowanie żyłaków przełyku ?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy choruje Pan/Pani na chorobę wrzodową żołądka/gastropatię?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy choruje Pan/Pani na niedoczynność/nadczynność tarczycy?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy zdiagnozowano u Pana/Pani wodobrzusze?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy miał Pan /Pani wykonywaną paracentezę?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy odczuwa Pan/Pani przewlekłe zmęczenie?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy występują u Pana/Pani zaburzenia snu?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Ile czasu w ciągu dnia spędza Pan/Pani odpoczywając?	<input type="checkbox"/> jestem aktywny fizycznie <input type="checkbox"/> wykonuję czynności podstawowe w domu <input type="checkbox"/> pół dnia spędzam leżąc <input type="checkbox"/> większość dnia spędzam leżąc	
Czy występują u Pana/Pani zaburzenia pamięci?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy choruje Pan/Pani na jaskrę?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy występują u Pana/Pani inne zaburzenia widzenia?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeśli tak to jakie? :		
Czy choruje Pan/Pani na padaczkę?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy przebył Pan/Pani udar mózgu?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy ma Pan/Pani niedowład kończyn?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy występowały u Pana/Pani w przeszłości omdlenia?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy odczuwał(a) Pan/Pani drętwienia rąk lub nóg?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy choruje Pan/Pani na chorobę psychiczną?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Kiedy jadł Pan/jadła Pani ostatni posiłek? :		
Kiedy wypił Pan/wypiła Pani ostatni płyn? :		
Jaki to był płyn i w jakiej ilości? :		
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		
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"> <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 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