Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu	Formularz	F- PM – 3/5
	FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE ZNIECZULENIA	Wydanie III z dnia 21.02.2020r.
		Strona 1 z 4

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA……..

Nr historii choroby: ……..PESEL: ……

Wzrost: ……..cm Waga: ……..kg

Zadaniem anestezjologa jest zapewnienie pacjentowi największego bezpieczeństwa i komfortu podczas zabiegów operacyjnych lub diagnostycznych zabiegi operacyjne przeprowadzane są w znieczuleniu ogólnym lub regionalnym (przewodowym). **Znieczulenie ogólne** znosi świadomość i odczuwanie bólu w całym organizmie operowanego pacjenta. Pacjent od początku do końca znieczulenia ogólnego pozostaje w stanie przypominającym sen. Znieczulenie poprzedzone jest podaniem leku uspokajającego, a po nim leku nasennego. Przy dłużej trwających zabiegach powtarzane są dożylne podania leków lub prowadzi się znieczulenie za pomocą środka wziewnego. W czasie znieczulenia z użyciem maski twarzowej tlen i wziewny środek znieczulający dostarczony jest przez maskę przyłożoną do twarzy pacjenta. Podczas znieczulenia dotchawiczego pacjent otrzymuje tlen i środek znieczulający przez rurkę intubacyjną, która wprowadzana jest do tchawicy po zaśnięciu pacjenta. Intubacja dotchawicza zapewnia prawidłową wentylację pacjenta podczas znieczulenia ogólnego oraz chroni płuca przed następstwami zachłyśnięcia treścią pokarmową. Część zabiegów operacyjnych można przeprowadzić w **znieczuleniu regionalnym (przewodowym),** które obejmuje tylko określoną część ciała. Znieczulenie takie w mniejszym stopniu w porównaniu do znieczulenia ogólnego obciąża organizm operowanego pacjenta. W czasie znieczulenia przewodowego lek znieczulający podawany jest w okolicę nerwów, splotów nerwowych, zewnątrzoponowo lub podpajęczynówkowo powodując zniesienie bólu w operowanej części ciała.

Wywiad przedoperacyjny służy do zebrania informacji na podstawie których możliwe będzie wybranie najbardziej korzystnego postępowania anestezjologicznego.

Prosimy dokładnie przeczytać ankietę i wyczerpująco odpowiedzieć na zawarte w niej pytania, właściwą odpowiedź proszę zaznaczyć znakiem **„X”**

1. Czy leczy się Pan(i) ostatnio? Na jakie schorzenie? ……	TAK	NIE	NIE WIEM
2. Jakie leki obecnie Pan(i) przyjmuje? ……	TAK	NIE	NIE WIEM
3. Czy był Pan(i) już operowany(a)? a)…….. b)…… c)……	TAK	NIE	NIE WIEM
4. Czy znieczulenie przebiegło bez powikłań?	TAK	NIE	NIE WIEM
5. Czy miał(a) Pan(i) przetaczaną krew?	TAK	NIE	NIE WIEM
6. Choroby serca: zawał, zapalenie, niedokrwienie mięśnia sercowego, wada serca	TAK	NIE	NIE WIEM
7. Choroby układu krążenia: ciśnienie krwi wysokie, niskie, omdlenia, zmęczenie, duszności	TAK	NIE	NIE WIEM
8. Choroby naczyń: żylaki, bóle łydek przy chodzeniu, złe ukrwienie kończyn, zapalenie żył	TAK	NIE	NIE WIEM

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.

9. Choroby płuc: gruźlica, zapalenie płuc, rozedma, pylica	TAK	NIE	NIE WIEM
10. Choroby dróg oddechowych: astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli	TAK	NIE	NIE WIEM
11. Choroby żołądka: zapalenie, choroba wrzodowa	TAK	NIE	NIE WIEM
12. Choroby wątroby: żółtaczka, zastój, stłuszczenie wątroby	TAK	NIE	NIE WIEM
13. Choroby układu moczowego: zapalenie nerek, kamienie nerkowe, trudności w oddawaniu moczu	TAK	NIE	NIE WIEM
14. Choroby przemiany materii: cukrzyca, dna	TAK	NIE	NIE WIEM
15. Choroby tarczycy: wole obojętne, nadczynność, niedoczynność	TAK	NIE	NIE WIEM
16. Choroby oczu: jaskra, zaćma	TAK	NIE	NIE WIEM
17. Choroby nerwów: porażenia, drgawki, udar	TAK	NIE	NIE WIEM
18. Zmiany nastroju	TAK	NIE	NIE WIEM
19. Choroby układu szkieletowego: bóle korzonkowe, zmiany kręgosłupa, stawów, osłabienie mięśni	TAK	NIE	NIE WIEM
20. Choroby krwi i układu krzepnięcia: skłonność do krwawienia, siniaków	TAK	NIE	NIE WIEM
21. Uczulenia: katar sienny, wysypka, uczulenia na pokarmy, leki, plaster, jodynę, lateks	TAK	NIE	NIE WIEM
22. Czy zażywa Pan(i) środki uspokajające lub nasenne? ……	TAK	NIE	NIE WIEM
23. Czy nosi PAN(I) protezy zębowe?	TAK	NIE	NIE WIEM
24. Czy nosi PAN(I) szkła kontaktowe?	TAK	NIE	NIE WIEM
26. Czy Pan(i) pali? Ile papierosów dziennie?	TAK	NIE	NIE WIEM
27. Czy pije Pan(i) alkohol?	TAK	NIE	NIE WIEM
28. Czy jest Pani w ciąży?	TAK	NIE	NIE WIEM
30. Dodatkowe informacje dotyczące stanu zdrowia :			

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.

Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu	Formularz	F- PM – 3/5
	FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE ZNIECZULENIA	Wydanie III z dnia 21.02.2020r.
		Strona 3 z 4

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA:
……

OŚWIADCZENIE PACJENTA – ZGODA NA ZNIECZULENIE

Oświadczam, że:

- podane informacje są zgodne z prawdą,
- ankieta została wypełniona zgodnie z moją najlepszą wiedzą.

Zostałem poinformowany o:

- sposobie przeprowadzenia znieczulenia,
- ewentualnej konieczności zmiany lub rozszerzenia postępowania anestezjologicznego, które okażą się niezbędne w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia,
- ewentualnej konieczności przetoczenia krwi lub preparatów krwiozastępczych w razie wystąpienia takiej potrzeby i o ewentualnym ryzyku i zdarzeniach niepożądanych z tym związanych,
- potencjalnych następstwach i powikłaniach planowanego znieczulenia (nudności, wymioty, bóle głowy, zakażenia, uszkodzenie mięśni i nerwów, ostra niewydolność krążeniowo-oddechowa, nagłe zatrzymanie krążenia, aspiracja treści żołądkowej, przejściowa zmiana głosu - chrypka, uszkodzenie zębów podczas intubacji, inne),

Zrozumiałem, że:

- dodatkowe zabiegi uzasadnione potrzebami medycznymi zostaną wykonane tylko w razie bezwzględnej potrzeby
- w związku z przebiegiem zabiegu lub znieczulenia może zaistnieć konieczność zmiany/modyfikacji znieczulenia
- zrozumiałem wyjaśnienia i zadałem wszystkie interesujące mnie pytania, szczególnie dotyczące rodzaju znieczulenia, jego zalet i wad.

Oświadczenie pacjenta/przedstawiciela ustawowego
Informacje związane z proponowanym znieczuleniem udzielił mi lek . ……..... Oświadczam, że w pełni zrozumiałem informacje podane przez lekarza, wyjaśniono mi wszelkie wątpliwości dotyczące planowanego znieczulenia. Nie mam żadnych dodatkowych pytań, czuję się dostatecznie poinformowany.

<u>Zgadzam się na przeprowadzenie znieczulenia</u>

……	……..……	…….
data	podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego	pieczątka i podpis lekarza anestezjologa

Podpisanie zgody przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:
.....
.....

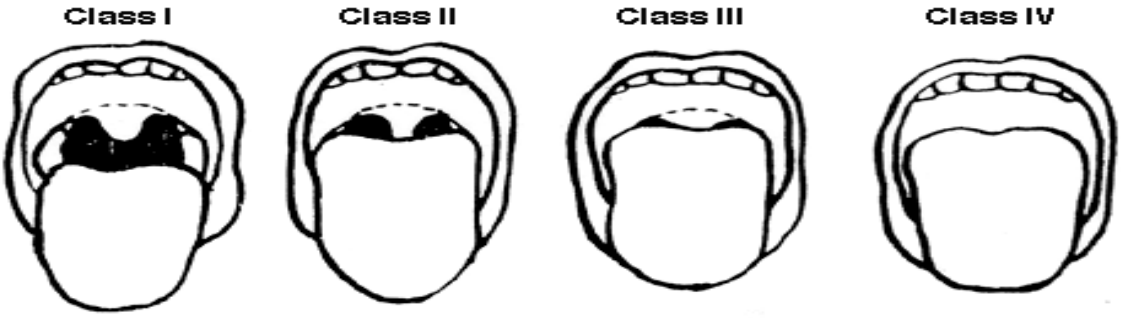
Nie zgadzam się na przeprowadzenie znieczulenia

……	……
Data podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego	pieczątka i podpis lekarza anestezjologa

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.

KOŃCOWA OCENA ANESTEZJOLOGICZNA I ZALECENIA

1. Ocena trudności intubacji wg skali Mallampatiego:



☐ ☐ ☐ ☐

2. Ryzyko ASA……..

3. Pacjent zakwalifikowany do zabiegu.....

w znieczuleniu.....

4. Premedykacja……..……

Data	Godz.	Lek	Dawka	Droga podania	Podpis pielęgniarki

5. Zalecane konsultacje……..

6. Inne zalecenia lekarza anestezjologa:……..……..……..

……..……

……..
……..

data pieczątka i podpis lekarza anestezjologa

POMIAR PARAMETRÓW ŻYCIOWYCH W DNIU ZABIEGU OPERACYJNEGO

(wypełnia pielęgniarka oddziału macierzystego)

Data	Godz.	Ciśnienie tętnicze krwi	HR	Temperatura	Podpis pielęgniarki

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.