

# WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY

im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ

ODDZIAŁ INTENSYWNEJ TERAPII I ANESTEZJOLOGII

20-718 Lublin, al. Kraśnicka 100,

## ANESTEZIOLOGICZNA ANKIETA PRZEDOPERACYJNA

Imię i Nazwisko pacjenta: \_\_\_\_\_

PESEL:

Wypełnia pacjent, odpowiednie zakreślić

wiek: \_\_\_\_\_ lat,    wzrost: \_\_\_\_\_ cm,    ciężar ciała: \_\_\_\_\_ kg

1. Czy ma Pani/Pan rozrusznik serca, implanty naczyniowe ?  tak     nie
2. Czy pali Pani/Pan papierosy ?  tak     nie  
od kiedy ? \_\_\_\_\_ ile dziennie \_\_\_\_\_
3. Czy pije Pani/Pan alkohol ?  tak     nie  
jak często? \_\_\_\_\_
4. Czy nosi Pani/Pan aparat słuchowy ?  tak     nie
5. Czy ma Pani/Pan protezę oka?  tak     nie
6. Czy nosi Pani/Pan protezę zębową ?  tak     nie
7. Czy ma Pani/Pan chwiejące się zęby ?  tak     nie
8. Czy był/a Pani Pan już operowany/a ?  tak     nie  
Kiedy był/a Pani/Pan operowany/a i z jakiego powodu?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Jaki był rodzaj znieczulenia? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Czy w trakcie przebytych operacji wydarzyło się coś szczególnego  tak     nie
10. Czy u członków Pani/Pana rodziny wystąpiły podczas znieczulenia jakieś problemy? \_\_\_\_\_  tak     nie
11. Czy jest Pani w ciąży ? ( dotyczy kobiet w wieku rozrodczym )  tak     nie
12. Czy zażywa Pani/Pan środki nasenne?  tak     nie
13. Czy jest Pani/Pan na coś uczulona/uczulony?  tak     nie  
No co ? \_\_\_\_\_

### CZY LECZY SIĘ Pani/Pan Z POWODU CHOROBY

1. Serca; zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wady serca,  
zapalenie mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu?  tak     nie  
Czy występują u Pana/Pani duszności, omdlenia  tak     nie
2. Naczyń i układu krążenia: nadciśnienie tętnicze, żylaki, obrzęki,  
zakrzep żył?  tak     nie

3. Płuca: astma, przewlekłe zapalenia oskrzeli, gruźlica, zapalenie płuc, rozedma ?  tak  nie
4. Wątroby: wirusowe zapalenie wątroby, żółtaczka, marskość ?  tak  nie
5. Nerek: zapalenie nerek, kamica nerkowa ?  tak  nie
6. Przewodu pokarmowego: choroba wrzodowa, zapalenie żołądka, zapalenie dwunastnicy?  tak  nie
7. Tarczycy: wole, nadczynność, niedoczynność ?  tak  nie
8. Cukrzyca, dna moczanowa, porfiria ?  tak  nie
9. Neurologicznych: padaczka, niedowład, udar, porażenie  tak  nie
10. Psychiczna: depresja, nerwica  tak  nie
11. Krzepnięcia krwi: skłonność do krwawienia, siniaków, krwawień z nosa?  tak  nie
12. Układu kostnego: uszkodzenia kręgosłupa, kończyn, stawów?  tak  nie
13. Mięśni: osłabień mięśni ?  tak  nie
- Czy istnieją choroby mięśni u członków najbliższej rodziny?  tak  nie
14. Oczu: jaskra?  tak  nie
15. Uczuleń : katar sienny, nadwrażliwość na pokarmy, lekki plastry, jodyna ?  tak  nie
16. Wypadki komunikacyjne, urazy?  tak  nie
17. Innych chorób: \_\_\_\_\_

18. Czy przyjmuje Pani/Pan jakieś leki ?  tak  nie  
 Jeśli tak to jaki i ile ? \_\_\_\_\_

19. Zapoznałem/zapoznałam się z informacją dla pacjenta na temat \_\_\_\_\_  tak  nie  
znieczulenia .

20. Jeżeli któreś pytanie z tej ankiety wydaje się dla Pani/Pana niejasne, proszę zapytać o nie  
Anestezjologa w czasie wizyty przedoperacyjnej .

Uwagi: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Data, godzina  
 przeprowadzenia ankiety

\_\_\_\_\_  
 Czytelny podpis pacjenta  
 (pacjent składa podpis w obecności lekarza)

\_\_\_\_\_  
 Podpis i pieczętka lekarza anestezjologa

**WYNIKI BADAŃ**

1. Grupa krwi .....

2. HR .....

3. RR .....

4. Rtg klatki piersiowej:

.....  
.....  
.....

5. EKG / ECHO:

.....  
.....  
.....

6. INR .....

7. HB .....

8. Ht .....

9. Płytki .....

10. Na .....

11. K .....

12. Cl .....

wieczorem .....

13. Premedykacja

rano: .....

14. Dodatkowe zalecenia: .....

.....  
.....

15. Inne: .....

.....  
.....

Data: .....

.....

podpis i pieczęć lekarza

## ŚWIADOMA ZGODA NA ZNIECZULENIE

ODDZIAŁ INTENSYWNEJ TERAPII I ANESTEZJOLOGII  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego SP ZOZ im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego  
Al. Kraśnicka 100, 20-718 Lublin

Imię i Nazwisko pacjenta .....  
PESEL .....  
Rodzaj znieczulenia : ogólne , przewodowe, miejscowe , inne .....  
Ryzyko ASA .....  
Rozpoznanie: .....  
Rodzaj operacji: .....  
Operator: .....

## ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA ZNIECZULENIE

\_\_\_\_\_ Poświadczam własnoręcznym podpisem, że w dniu .....  
lekarz anestezjolog .....  
przeprowadził ze mną rozmowę przedoperacyjną. Zostałem/am dokładnie poinformowany/a  
o proponowanym sposobie znieczulenia, potencjalnych ryzykach wynikających z mojego  
stanu zdrowia.

Mogłem /am zadać wszystkie pytania dotyczące sposobu znieczulenia, ryzyka  
związanego z jego zastosowaniem i ewentualnych powikłaniach.

Nie mam więcej pytań , czuję się dostatecznie poinformowany / a.  
Po gruntownym przemyśleniu, w pełni świadomie zgadzam się na proponowane mi  
znieczulenie: .....

Oświadczam także w pełni świadomie, że zgadzam się na towarzyszące operacji  
postępowanie w szczególności infuzje płynów, transfuzje krwi obcej i własnej, podawanie  
niezbędnych leków w czasie i po operacji. Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany  
lub rozszerzenia postępowania anestezjologicznego, w tym na zmianę rodzaju i zakresu  
znieczulenia.

Nie ukryłem / am żadnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia,  
przyjmowanych dotychczas leków, wyników badań oraz przebiegu dotychczasowego  
leczenia. Jestem świadomy / s wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych.

Uwagi pacjenta: .....  
.....  
.....

Data, godzina ..... Czytelny podpis pacjenta .....

Podpis i pieczęć lekarza anestezjologa: .....