Imię i nazwisko dziecka/pacjenta

.....

Data urodzenia Wiek (w latach)

.....

Waga ciała

.....

KRÓLEWSKA STOMATOLOGIA

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Szanowni Państwo, Drodzy Rodzice, Drogi Pacjencie

Zgodnie z aktualną wiedza medyczna operacje, bolesne zabiegi diagnostyczne i lecznicze oraz nieprzyjemne badania wykonywane są w znieczuleniu (narkoza). Znieczulenie oraz podtrzymanie podczas zabiegu niezbędnych dla życia funkcji, szczególnie oddychania i krążenia, przeprowadza lekarz anestezjolog, współpracujący z lekarzem operującym. Anestezjolog ustala również najkorzystniejsze dla Pacjenta metody zwalczania bólu śródoperacyjnego i pooperacyjnego.

Prosimy Państwa o dokładne zapoznanie się z poniższym tekstem, oraz wiarygodną odpowiedź na postawione pytania, poprzez zakreślenie obwódką właściwej odpowiedzi. Przykład: TAK (NIE) NIE WIEM

1. Czy Pacjent był leczony w szpitalu w ciągu ostatnich 12 miesięcy?	TAK	NIE	NIE WIEM
Z jakiego powodu?:			
2. Czy Pacjent wymaga stałej opieki lekarskiej lub poradni specjalistycznej?	TAK	NIE	NIE WIEM
Jakiej?:			
3. Czy Pacjent przyjmuje przewlekle (systematycznie) leki?	TAK	NIE	NIE WIEM
Jakie leki?:			
4. Czy Pacjent był znieczulany i operowany w przeszłości?	TAK	NIE	NIE WIEM
Kiedy i dlaczego?:			
5. Czy były powikłania znieczulenia u Pacjenta lub w rodzinie Pacjenta?	TAK	NIE	NIE WIEM
6. Czy Pacjent otrzymał kiedyś transfuzję krwi?	TAK	NIE	NIE WIEM
7. Czy towarzyszyły temu jakieś powikłania?	TAK	NIE	NIE WIEM
8. Czy Pacjent lub ktoś z rodziny choruje na schorzenia mięśni (np, miastenia, dystrofia, miotania)	TAK	NIE	NIE WIEM
9. Czy Pacjent ma stwierdzoną wadę serca?	TAK	NIE	NIE WIEM
Jaką?:			
10. Czy Pacjent sinieje lub ma duszność przy wysiłku?	TAK	NIE	NIE WIEM
11. Czy Pacjent często choruje na zapalenie gardła/oskrzeli/płuc?	TAK	NIE	NIE WIEM
12. Czy Pacjent choruje na astmę?	TAK	NIE	NIE WIEM
13. Czy Pacjent choruje na inne schorzenia płuc?	TAK	NIE	NIE WIEM
Jakie?:			
14. Czy Pacjent był leczony antybiotykiem w przeciągu ostatnich 14 dni?	TAK	NIE	NIE WIEM
15. Czy Pacjent przechodził żółtaczkę zakaźną (WZW typu C)?	TAK	NIE	NIE WIEM
16. Czy Pacjent ma wzmożoną skłonność do wymiotów?	TAK	NIE	NIE WIEM
17. Czy Pacjent ma wzmożoną skłonność do krwawień?	TAK	NIE	NIE WIEM
18. Czy Pacjent choruje na nerki?	TAK	NIE	NIE WIEM
19. Czy Pacjent choruje na padaczkę?	TAK	NIE	NIE WIEM
20. Czy Pacjent stracił kiedyś przytomność?	TAK	NIE	NIE WIEM
21. Czy Pacjent miał kiedykolwiek drgawki?	TAK	NIE	NIE WIEM
22. Czy Pacjent cierpi na inne choroby układu nerwowego?	TAK	NIE	NIE WIEM
Jakie?:			
23. Czy Pacjent choruje na cukrzycę?	TAK	NIE	NIE WIEM
24. Czy Pacjent ma zaburzenia hormonalne (choroby tarczycy, nadnerczy, przysadki)?	TAK	NIE	NIE WIEM
25. Czy Pacjent ma chorobę oczu?	TAK	NIE	NIE WIEM
Jaką?:			

26. Czy Pacjent ma chorobę uszu?	TAK	NIE	NIE WIEM
Jaką?:			
27. Czy Pacjent ma uszkodzone zęby (ruszające się, aparaty. protezy)?	TAK	NIE	NIE WIEM
28. Czy Pacjent jest na coś uczulony?	TAK	NIE	NIE WIEM
Na co?:			
29. Czy Pacjent otrzymywał kiedykolwiek pyralginę?	TAK	NIE	NIE WIEM
30. Czy obserwowano jakiekolwiek niepokojące objawy po pyralginie?	TAK	NIE	NIE WIEM
31. Czy Pacjent był szczepiony według kalendarza szczepień?	TAK	NIE	NIE WIEM
32. Czy Pacjent było szczepiony w przeciągu ostatniego miesiąca?	TAK	NIE	NIE WIEM
Na co?:			
33. Czy Pacjent był oparzony w przeciągu ostatnich 6 miesięcy?	TAK	NIE	NIE WIEM
34. Czy w rodzinie Pacjenta występują choroby dziedziczne?	TAK	NIE	NIE WIEM
Jakie?:			

UWAGA !

6 godzin przed zabiegiem naszym Pacjentom nie wolno jeść, aby zapobiec przypadkom dostania się treści pokarmowej do dróg oddechowych i związanych z tym ciężkich powikłań. Pacjenci mogą pić małe ilości płynów (5 ml/kg) do 2 godzin przed zabiegiem, o ile anestezjolog nie zaleci inaczej.

Każdy rodzaj znieczulenia, będąc inwazyjną procedurą medyczną, obarczony jest ryzykiem wystąpienia powikłań. Do najczęstszych należą pobudzenie, splątanie, lęk, nudności, wymioty, odczuwanie bólu oraz głodu związanego z pozostawaniem na czczo. Rzadziej pojawiają się krwawienia, omdlenia, objawy skurczu oskrzeli, drgawki. Niezmiernie rzadko może dojść do ciężkich powikłań, wymagających leczenia w Oddziale Intensywnej Terapii, takich jak niedotlenienie, śpiączka, wstrząs, uszkodzenie mózgu a nawet zgon.

ŚWIADOMA ZGODA NA ZNIECZULENIE

Wyrażam zgodę na przygotowawcze postępowanie anestezjologiczne przed zabiegiem operacyjnym (np. założenie drogi dożylnej). Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego w znieczuleniu ogólnym.
Zostałem(-am) poinformowany(-a) o możliwych powikłaniach związanych ze znieczuleniem, oraz miałem(-am) możliwość uzyskać wyczerpujące informacje i odpowiedzi na moje pytania i wątpliwości, związane ze znieczuleniem oraz postępowaniem anestezjologicznym w okresie okołooperacyjnym.
Zgadzam się na medycznie uzasadnione zmiany i rozszerzenie postępowania anestezjologicznego oraz stomatologicznego.

UWAGI PACJENTA/RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO:

.....

.....

.....

.....

DATA: .....

.....
PODPIS PACJENTA / RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO:

.....
PODPIS PACJENTA (powyżej 16 r.ż.):