

KWALIFIKACJA DO ZNIECZULENIA

Nazwisko i imię .....

PESEL\_-----

ASA..... Tryb operacji: nagły/planowy Skala Mallampati 1 2 3 4

Nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych.....

Premedykacja.....

Uwagi.....

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE ZNIECZULENIA**Niniejszym wyrażam zgodę na proponowany rodzaj znieczulenia do zabiegu operacyjnego:****znieczulenie ogólne, krótkotrwałe znieczulenie ogólne dożylnie, znieczulenie podpajęczynówkowe  
znieczulenie miejscowe, analgosedację\***

jak również na towarzyszące temu postępowanie medyczne (infuzje płynów, krwi i preparatów krwiopochodnych, wkłucia, podawanie leków, wentylację mechaniczną) w trakcie i po zabiegu.

Wyrażam również zgodę na uzasadnione zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezyjologicznego, w tym zmianę rodzaju znieczulenia. Jednocześnie stwierdzam, że zostałam/em poinformowana/ny o ryzyku proponowanego znieczulenia, możliwych powikłaniach, alternatywnych sposobach znieczulenia, jak również uzyskałam/em wyczerpujące odpowiedzi na moje pytania.

Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji.

**\* należy zaznaczyć proponowany rodzaj znieczulenia**

Data	Podpis lekarza	Podpis pacjenta/opiekuna
------	----------------	--------------------------

### WYWIAD (wypełnia pacjent)

Imię....., Nazwisko.....wiek.....lat, wzrost....., waga.....

1. Czy przyjmuje Pan/i na stałe leki tak nie  
jeżeli TAK to jakie?.....  
.....  
.....

2. Układ krążenia tak nie

a) choroba wieńcowa tak nie

b) przebyty zawał serca (kiedy?.....) tak nie

c) niemiary rytmu tak nie

d) wada serca tak nie

e) nadciśnienie tętnicze (kiedy?.....) tak nie

f) stymulator serca tak nie

3. Choroby płuc (gruźlica, zapalenie płuc, kaszel, duszność, inne) tak nie

4. Choroby dróg oddechowych: (astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli, inne) tak nie

5. Choroby naczyń (żyłaki, zapalenia naczyń, choroba zatorowo-zakrzepowa) tak nie

6. Cukrzyca typ....., od kiedy....., leczenie..... tak nie

7. Choroby nerek: (zapalenia, kamica, inne) tak nie

8. Choroby żołądka: (choroba wrzodowa, kwaśne odbijanie się, zgaga, inne) tak nie

9. Choroby wątroby (żółtaczka typ B lub C -obecnie lub przebyta, kamica pęcherzykowa, inne) tak nie

10. Choroby tarczycy: (wole obojętne, nadczynność, niedoczynność, inne) tak nie

11. Choroby układu nerwowego: (drgawki, udar, uraz głowy, kręgosłupa, rwa, inne) tak nie

12. Choroby układu kostnego: (ból reumatyczny, osłabienie mięśni, inne) tak nie

13. Choroby krwi i układu krwionośnego: (skłonność do krwawień i sińców) tak nie

14. Uczulenia: (na leki, środki chemiczne, pokarmy, pyłki) tak nie

15. Zaburzenia emocjonalne lub schorzenia psychiatryczne: (depresja, nerwica, inne) tak nie

16. Choroby mięśni, osłabienie siły mięśniowej tak nie

17. Czy jest Pani w ciąży? tak nie

18. Przebyte znieczulenia ogólne i przewodowe.....tak nie

Kiedy, na co?.....

21. Czy w trakcie znieczulenia wystąpiły jakieś problemy lub komplikacje tak nie

Jeżeli tak to jakie?.....  
.....

22. Czy ma Pan(i) koronki na zębach, chwiejące się zęby, aparat słuchowy, szkła kontaktowe? tak nie

23. Użytki: Papierosy tak nie, Alkohol tak nie, Narkotyki tak nie

24. Inne nie wymienione choroby lub problemy medyczne tak nie

Jeżeli tak to jakie?.....

Powyższe pytania zrozumiałem(am) i za udzielone odpowiedzi biorę pełną odpowiedzialność.

Data.....

Podpis pacjenta .....

Numer telefonu .....