

## ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA z dnia..... do krótkotrwałego znieczulenia w warunkach ambulatoryjnych

Imię nazwisko.....pesel.....

Formą znieczulenia stosowaną przy wykonywaniu badań endoskopowych jest głęboka analgosedacja. Jest to znieczulenie dożylnie z użyciem leków p/bólowych i usypiających. Zwykle nie wymaga intubacji ani użycia respiratora. Podczas znieczulenia pacjent podłączony jest do urządzeń monitorujących ekg, RR, saturację. Chory zwykle nie odczuwa podczas badania bodźców bólowych, nie wie co się dookoła niego dzieje, nie może mówić. Takie znieczulenie czasami może być związane ze spowolnieniem oddychania i zaburzeniami oddechowymi, spadkiem ciśnienia krwi i zaburzeniami krążenia., co może wymagać zastosowania dodatkowych procedur anestezjologicznych. Z uwagi na zniesione odczuwanie bólu nieco większe jest ryzyko perforacji ściany przewodu pokarmowego niż podczas badania bez sedacji. Nad znieczuleniem w trakcie badania oraz po jego zakończeniu czuwa lekarz anestezjolog. Po badaniu w znieczuleniu pacjent jest wybudzany i pozostaje na obserwacji na sali wybudzeń . Po takim znieczuleniu pacjent musi zostać odebrany przez dorosłą osobę towarzyszącą i nie może prowadzić pojazdów, obsługiwać urządzeń mechanicznych, wykonywać pracy, spożywać alkoholu, ani podejmować formalno-prawnie wiążących decyzji (adnotacja na ten temat jest w zaleceniach po badaniu). Przez cały dzień po badaniu należy pozostawać pod obserwacją drugiej dorosłej osoby, a w domu powinno się odpoczywać.

**Zostałem/am poinformowany/a o konieczności przybycia na badanie z dorosłym opiekunem, który oczekuje w Placówce do zakończenia badania. Brak dorosłego opiekuna w momencie rozpoczęcia badania oznacza rezygnację ze znieczulenia.**

Prosimy o zapoznanie się z ankietą i zaznaczenie właściwych odpowiedzi. W przypadku pozytywnych odpowiedzi prosimy o uzupełnienie informacji w tabeli

Waga.....kg                      wzrost..... cm

NIE	TAK	Choroby serca
		przebyty zawał m. serca, kiedy
		przebyty zabieg koronarografii, wszczepienie stentów do naczyń wieńcowych, kiedy
		wszczepiony stymulator serca, kardiowerter, kiedy
		zaburzenia rytmu serca, jakie
		nadciśnienie tętnicze
		niewydolność krążenia
		wady serca, jakie
		choroba niedokrwienna m. serca( choroba wieńcowa)
		stosowane leki przeciwkrzepliwe , wymieni
NIE	TAK	Choroby płuc
		POCHP / astma oskrzelowa
		Zespół bezdechu nocnego
NIE	TAK	Choroby tarczycy
		nadczynność tarczycy , aktualne TSH
		niedoczynność tarczycy, aktualne TSH
NIE	TAK	Choroby neurologiczne i psychiczne
		depresja
		SM(stwardnienie rozsiane)
		SLA (stwardnienie zanikowe boczne)
		przebyty udar mózgu, kiedy
		padaczka
		inne, wymieni

<b>NIE</b>	<b>TAK</b>	<b>Choroby nerek</b>
		niewydolność nerek, podać poziom kreatyniny
		przewlekła dializoterapia, od kiedy
<b>NIE</b>	<b>TAK</b>	<b>Cukrzyca</b>
		na lekach doustnych
		na insulinie
<b>NIE</b>	<b>TAK</b>	<b>Choroby wątroby</b>
		marskość wątroby
		niewydolność wątroby
		Wirusowe zapalenie wątroby
<b>NIE</b>	<b>TAK</b>	<b>Różne</b>
		inne przewlekłe choroby, wymienić
		nieprawidłowe wyniki badań wymienić
<b>NIE</b>	<b>TAK</b>	<b>Używki</b>
		alkohol/ papierosy/ inne, jakie
<b>NIE</b>	<b>TAK</b>	<b>Przebyte choroby, zabiegi operacyjne i inne</b>
		przebyte operacje, jakie i kiedy
		stosowane metody znieczulenia, jakie
		uczulenia na leki, produkty spożywcze, wymienić
		przebyte <u>tylko w ostatnim miesiącu</u> choroby infekcyjne (przeziębienie, zapalenie płuc, zapalenie zatok itp.), wymienić: podać datę ustąpienia objawów:
		<b>Aktualnie stosowane leki</b> , wymienić wszystkie

**UWAGA! Warunek znieczulenia – brak objawów infekcji w ciągu 2 tygodni przed znieczuleniem**

**Podpis Pacjenta**

**Ocena ankiety przez lekarza anestezjologa** (wypełnia kwalifikujący lekarz anestezjolog)

Po zapoznaniu się z ankietą oceniam stopień ryzyka anestezjologicznego na ASA I II III

zgoda na znieczulenie

warunkowa zgoda na znieczulenie. Konieczna ponowna kwalifikacja po dostarczeniu dodatkowych wyników badań / konsultacji (wymienić jakie) .....

brak zgody. Znieczulenie tylko w warunkach szpitalnych

**Data, podpis, pieczęć lekarza**

**Oświadczenie pacjenta** (do podpisu w dniu badania)

Oświadczam, że podane wyżej dane są wyczerpujące i zgodne z prawdą. Wyrażam świadomą zgodę po rozmowie z lekarzem anestezjologiem na znieczulenie do planowanego badania/zabiegu oraz towarzyszące mu niezbędne postępowanie medyczne. Wyrażam zgodę na rozszerzenie postępowania anestezjologicznego w razie konieczności.

**Data i podpis lekarza**  
przeprowadzającego znieczulenie

**Data i podpis pacjenta**