

PESEL:		KARTA BADANIA PRZEDOPERACYJNEGO				Data:	
Imię i nazwisko:						Wiek:	
Rozpoznanie:							
Planowany zabieg:							
Wzrost:	Waga:	Grupa krwi: ♣	MP:	ASA:	Ryzyko sercowe:	GCS	

Wywiad chorobowy

Alergie: wstrząs anafilaktyczny <input type="checkbox"/>	Obrzęk głośni <input type="checkbox"/>	Pokrzywka <input type="checkbox"/>	Uczulenia na plaster/lateks/jodynę <input type="checkbox"/>	Inne <input type="checkbox"/>	Neguje <input type="checkbox"/>
--	--	------------------------------------	---	-------------------------------	---------------------------------

Układ krążenia

<input type="checkbox"/> Niedokrwienie mięśnia sercowego	<input type="checkbox"/> Zawał mięśnia sercowego	<input type="checkbox"/> Niewydolność serca
<input type="checkbox"/> Wady zastawkowe	<input type="checkbox"/> Zaburzenia rytmu	<input type="checkbox"/> Stymulator serca / AICD (defibrylator)
<input type="checkbox"/> Nadciśnienie tętnicze	<input type="checkbox"/> Zator tętnicy płucnej	<input type="checkbox"/> Tętniak

Uwagi:

Układ oddechowy

<input type="checkbox"/> Zapalenie płuc	<input type="checkbox"/> Gruźlica	<input type="checkbox"/> POCHP	<input type="checkbox"/> Astma
<input type="checkbox"/> Odma	<input type="checkbox"/> Zwłóknienie płuc	<input type="checkbox"/> Nikotynizm	<input type="checkbox"/> Inne

Uwagi:

Układ neurologiczny

<input type="checkbox"/> Neuroinfekcja	<input type="checkbox"/> Padaczka	<input type="checkbox"/> Urazy głowy	<input type="checkbox"/> Bóle Głowy	<input type="checkbox"/> Guz
<input type="checkbox"/> Niedowłady	<input type="checkbox"/> Miastenia	<input type="checkbox"/> Choroba Parkinsona	<input type="checkbox"/> Udar mózgu	<input type="checkbox"/> Zaburzenia psychiczne

Uwagi:

Inne układy

<input type="checkbox"/> Cukrzyca	<input type="checkbox"/> Zaburzenia krzepnięcia	<input type="checkbox"/> Choroby nowotworowe	<input type="checkbox"/> Otyłość	<input type="checkbox"/> Choroby prostaty
<input type="checkbox"/> Choroby tarczycy	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Chemio/radioterapia	<input type="checkbox"/> Refluks przełykowy	<input type="checkbox"/> Choroby oczu
<input type="checkbox"/> Choroby nadnerczy	<input type="checkbox"/> Przebyte transfuzje	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Choroba wrzodowa	<input type="checkbox"/> Pacjent leżący
<input type="checkbox"/> PNN	<input type="checkbox"/> Żyłki kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> Żółtaczką	<input type="checkbox"/> Zapalenie trzustki	

Uwagi:

Badanie

HR :	RR :	EKG :	RTG
------	------	-------	-----

Wstępna ocena możliwości wystąpienia trudności w intubacji

Zęby	<input type="checkbox"/> Nieruchome	<input type="checkbox"/> Ruchome	<input type="checkbox"/> Brak	<input type="checkbox"/> Proteza dentystyczna	<input type="checkbox"/> Wystająca żuchwa	<input type="checkbox"/> Nedorozwój żuchwy
Szyja	<input type="checkbox"/> Ruchoma	<input type="checkbox"/> Trudności w poruszaniu	<input type="checkbox"/> Nieruchoma	Otwieranie ust	<input type="checkbox"/> < 3 cm	<input type="checkbox"/> > 3 cm

Zabiegi w znieczuleniu

RYZIKO ZNIECZULENIA OGÓLNEGO

Lekkie powikłania	Rzadziej występujące poważne powikłania
<ul style="list-style-type: none"> - Uszkodzenie zębów - chrypka , ból gardła - reakcja alergiczna na leki - Drobne uszkodzenia – tj uszkodzenie warg, zadrapanie, krwiak w miejscu założenia wkłucia dożylnego 	<ul style="list-style-type: none"> - Uszkodzenie krtani - Zachłyśnięcie - Powikłania sercowo-naczyniowe - Powikłania oddechowe - Uszkodzenie nerwów spowodowane ułożeniem na stole operacyjnym

RYZIKO ZNIECZULENIA PRZEWODOWEGO

Lekkie powikłania	Rzadziej występujące poważne powikłania
<ul style="list-style-type: none"> - Krwaki w miejscu wkłucia - Przejściowe problemy z oddawaniem moczu po znieczuleniu podpajęczynówkowym lub zewnątrzoponowym 	<ul style="list-style-type: none"> - Niepowodzenie – przejście na znieczulenie ogólne - Reakcja uczuleniowa na leki miejscowo znieczulające - Zaburzenia oddechowe spowodowane zbyt wysokim poziomem znieczulenia podpajęczynówkowego lub zewnątrzoponowego - Zaburzenia rytmu serca - Popunkcyjne bóle głowy po znieczuleniu podpajęczynówkowym - Uszkodzenie nerwów obwodowych, w najcięższej postaci aż do porażenia połowiczego

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA/PACJENTKI NA PROPONOWANE ZNIECZULENIE

OGÓLNE
 PODPAJĘCZYŃKOWE
 ZEWNĄTRZOPONOWE
 INNE:

Oświadczam, że podane informacje są zgodne z prawdą oraz że wyrażam zgodę na zaproponowany mi rodzaj znieczulenia do planowanego zabiegu operacyjnego, jak również na towarzyszące temu postępowanie medyczne (infuzje, transfuzje, leczenie krążeniowe, oddechowe) w czasie i po zabiegu. Zgadzam się na medycznie uzasadnione zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezyjologicznego, w tym zmianę rodzaju znieczulenia. Jednocześnie oświadczam, że miałem/AM nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących znieczulenia, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań oraz że uzyskałem/AM zrozumiałe dla mnie , wyczerpujące odpowiedzi. Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji na której podjęcie miałem/AM wystarczającą ilość czasu

Data..... Czytelny podpis pacjenta

Premedykacja- Zlecenia

Wieczorem: _____ Rano: _____

Inne zlecenia

Ocena natężenia bólu w skali NRS

Brak bólu	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ból bardzo silny, niewyobrażalny
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------------------------

Konsultujący anestezjolog.....