

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA - DOROŚLI (od 16 r.ż.)

Lekarz anestezjolog usypia i znieczula pacjenta na czas operacji. Stosując odpowiednie leki uzyskuje okresowe ograniczenie czynności ośrodkowego układu nerwowego – czyli znieczulenie ogólne narkoza = anestezja. Podczas trwania operacji kontroluje ważne funkcje życiowe jak: oddychanie, krążenie krwi, a po jej zakończeniu wybudza pacjenta.

Pacjenci często zadają pytanie, jakie jest ryzyko narkozy?

Odpowiedź brzmi:

Zagrażające zdrowiu czy życiu powikłania są niezmiernie rzadkie. Można im zapobiec poprzez następujące działania, które zapewniamy naszym pacjentom:

- dokładną ocenę stanu zdrowia pacjenta,
- analizę wyników badań dodatkowych,
- analizę przebiegu poprzednich operacji,
- analizę chorób występujących w najbliższej rodzinie,
- ścisłą współpracę anestezjologa z lekarzem przeprowadzającym zabieg,
- stosowanie bezpiecznych (nowej generacji) leków do znieczulenia.
Są one łatwo kontrolowalne, bezpieczne, krótko działające i redukują niepożądane objawy po operacji, takie jak nudności, wymioty, długa senność,
- wybór optymalnego rodzaju znieczulenia,

W celu uzyskania ważnych informacji o Pana/i stanie zdrowia przygotowaliśmy ankietę anestezjologiczną.

Proszę o wnikliwe wypełnienie ankiety i przyniesienie jej na konsultację anestezjologiczną wraz z posiadaną dokumentacją medyczną, jak: książeczka zdrowia, wyniki badań, karty informacyjne, etc.

Kierownik Przychodni Stomatologii Rodzinnej

Lekarz Stomatolog Emilia Bartczak

Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. Ankieta będzie pomocna w wyborze optymalnego sposobu znieczulenia. Ponadto podczas rozmowy z anestezjologiem prosimy o stawianie dalszych pytań i podpisanie zgody na znieczulenie dopiero po rozwianiu wszelkich wątpliwości i w jego obecności.

Nazwisko _____ Imię _____

Data urodzenia _____ Wzrost _____ cm, Waga _____ kg

Zawód (uprawiany obecnie lub w przeszłości) _____

1. Czy leczy się Pan(i) ostatnio tak nie

Jeśli tak, to na jakie schorzenia? _____

2. Jakie leki Pan(i) obecnie przyjmuje? _____

Czy choruje Pan(i) obecnie, bądź chorował(a) na jedną z wymienionych niżej chorób?

3. Choroby serca np. przebyty zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca. zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego tak nie , nie wiem

4. Choroby układu krążenia (np. ciśnienie krwi wysokie lub niskie, omdlenia, duszności)
tak , nie , nie wiem

5. Choroby naczyń krwionośnych (np. żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle łydek przy chodzeniu) tak , nie , nie wiem

6. Choroby płuc(np. gruźlica, pylica, rozedma, zapalenie płuc) tak , nie , nie wiem

7 Choroby dróg oddechowych (np. astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli)
tak , nie , nie wiem

8 Choroby przewodu pokarmowego (np. choroba wrzodowa żołądka/ dwunastnicy)
tak , nie , nie wiem

9. Choroby wątroby (np. żółtaczka, marskość wątroby) tak , nie , nie wiem

10. Choroby układu moczowego (np. zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu) tak , nie , nie wiem

11. Zaburzenia przemiany materii (np. cukrzyca, dna) tak , nie , nie wiem

12. Choroby tarczycy (np. wole obojętne, nadczynność, niedoczynność) tak , nie , nie wiem

13. Choroby układu nerwowego(np. padaczka, porażenia, niedowłady, utraty przytomności miastenia) tak , nie , nie wiem

14. Choroby układu kostno-stawowego (np. bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów) tak , nie , nie wiem

15. Choroby i układu krzepnięcia (np. anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba) tak , nie , nie wiem

16. Choroby oczu (np. jaskra) tak , nie , nie wiem

17. Zmiany nastroju (np. depresja, nerwica) tak , nie , nie wiem

18. Uczulenia - alergię (np. katar sienny, wysypka, uczulenia na pokarmy, leki, plaster, jodynę)
tak , nie , nie wiem

jeśli tak, to na jakie substancje? _____
jakie są objawy uczulenia? _____



19. Inne schorzenia, nie wymienione powyżej? tak , nie , nie wiem
jeśli tak, to jakie _____
20. Czy był(a) Pan(i) już kiedyś operowany(a) tak , nie , nie wiem
Jeśli tak, to kiedy i z Jakiego powodu? _____
21. Czy dobrze zniósł Pan(i) znieczulenie? tak , nie , nie wiem
22. Czy u krewnych Pana(i) wystąpiły kiedyś powikłania związane ze znieczuleniem?
tak , nie , nie wiem
23. Czy miał Pan(i) transfuzję krwi? tak , nie , nie wiem
kiedy? _____
- Czy dobrze zniósł, Pan, zniosła Pani transfuzję krwi? _____
24. Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę? _____
25. Czy jest Pani w ciąży? tak , nie , nie wiem
26. Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne tak , nie
27. Czy Pan(i) pali tytoń? tak , nie
- Ile papierosów dziennie _____ od kiedy _____
28. Czy pije Pan(i) alkohol? nie , rzadko , niewiele , regularnie , dużo
29. Czy zażywa Pan(i) środki uspokajające, nasenne, narkotyki tak , nie , nie wiem
Jakie? _____

Zgoda na znieczulenie

Po rozmowie z anestezjologiem i zapoznaniu się z ankietą wyrażam zgodę na proponowane znieczulenie.

Data i podpis lekarza

Data i podpis pacjenta