

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA - DZIECI (do 16 r.ż.)

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

ZNIECZULENIE

U dzieci starszych, współpracujących, najczęściej zakładane jest wkłucie dożylnie. Dzieci młodsze raczej usypiane są maską. Dożylnie podanie leków jest korzystniejsze dla dziecka, gdyż zasypianie jest szybsze i spokojniejsze.

Po zaśnieściu dziecka rodzic / opiekun opuszcza gabinet.

Po obudzeniu się najczęściej dzieci mają dobre samopoczucie. Rzadko są płacziwe, rozdrażnione czy narzekające na ból.

Dziecko świadome planowanego zabiegu czuje się lepiej, spokojniej. Proszę je zapewnić, że nie spotka je ból czy inne przykre działanie.

Rodzice 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 zabiegów,
 - analizę chorób występujących w najbliższej rodzinie,
 - ścisłą współpracę anestezjologa z lekarzem wykonującym zabieg,
 - stosowanie bezpiecznych (nowej generacji) leków do znieczulenia.
- Są one łatwo kontrolowalne, bezpieczne, krótko działające i redukują niepożądane objawy po zabiegu, takie jak:
- nudności,
 - wymioty,
 - długa senność,
- wybór optymalnego rodzaju znieczulenia



13. Czy dziecko choruje na następujące choroby?

- układ krążenia, zaburzenia rytmu TAK NIE
- wady wrodzone TAK NIE
- nadciśnienie TAK NIE
- inne TAK NIE

14. Układ oddechowy

- zapalenia płuc / oskrzeli TAK NIE
- nadwrażliwość płuc / oskrzeli TAK NIE
- astma TAK NIE
- zapalenie krtani TAK NIE

15. Układ pokarmowy

- choroba lokomocyjna TAK NIE
- reflux TAK NIE
- choroby wątroby TAK NIE

16. Choroby metaboliczne

- cukrzyca TAK NIE
- choroby tarczycy TAK NIE
- porfiria TAK NIE
- inne TAK NIE

17. Układ moczowy

- zapalenie nerek TAK NIE
- zapalenie pęcherza TAK NIE
- stulejka TAK NIE

18. Układ kostno-mięśniowy

- wiotkość mięśni TAK NIE
- wiotkość mięśni w rodzinie TAK NIE
- ograniczenie ruchów w stawach TAK NIE
- choroby kręgosłupa TAK NIE
- przepukliny TAK NIE

19. Jama ustna

- wady zgryzu TAK NIE
- rozszczep podniebienia TAK NIE
- chwiejące się zęby TAK NIE
- korony TAK NIE
- aparat ortodontyczny wyjmowany TAK NIE
- aparat ortodontyczny stały TAK NIE



20. Układ nerwowy

- stany drgawkowe TAK NIE
- padaczka TAK NIE
- zapalenie opon mózgowych TAK NIE
- mózgowo porażenie dziecięce TAK NIE
- ADHD TAK NIE
- anoreksja TAK NIE
- zaburzenia genetyczne TAK NIE
- wady wzroku TAK NIE
- inne TAK NIE

21. Choroby krwi lub zaburzenia krzepnięcia

- samoistne krwotoki TAK NIE
- przedłużone krwawienie po urazach TAK NIE
- skłonność do powstawania siniaków TAK NIE
- utrudnione gojenie ran TAK NIE
- hemofilia (także w rodzinie) TAK NIE
- zaburzenia krzepliwości w rodzinie TAK NIE
- anemia TAK NIE
- przetaczanie krwi TAK NIE
- inne TAK NIE

21. Uczulenia

- pokarmowe TAK NIE
- skaza białkowa TAK NIE
- soja TAK NIE
- wziewne TAK NIE
- na leki TAK NIE
- kontaktowe / plaster TAK NIE

Odpowiedzi TAK (w punktach 13-21) proszę opisać:

.....
.....

Inne informacje zdrowotne:

.....

OŚWIADCZAM, ŻE PRZECZYTAŁEM/AM NINIEJSZY FORMULARZ ORAZ ŻE PODANE ODPOWIEDZI SĄ PRAWDZIWE.

.....
data i podpis rodzica / opiekuna



PROŚBA O WYKONANIE ZNIECZULENIA

Lekarz anesteziolog przeprowadził ze mną rozmowę wyjaśniającą postępowanie przed, podczas i po zabiegu mojego dziecka.

Zrozumiałem/am wyjaśnienia i zadałem/am wszystkie interesujące mnie pytania, dotyczące znieczulenia i możliwych powikłań. Nie mam żadnych dodatkowych pytań.

Zgadzam się, aby planowany zabieg stomatologiczny został przeprowadzony w znieczuleniu ogólnym.

Zgadzam się również na uzasadnione medycznie postępowanie towarzyszące (np. dodatkowe wkłucie dożylnie, przetoczenie płynów, krwi) i, w razie konieczności, zmianę sposobu znieczulenia.

.....
Data i podpis lekarza

.....
Data i podpis rodzica / opiekuna

ZALECENIA

- JEDZENIE: przez 5 godzin przed zabiegiem nie wolno jeść.
- PICIE: przez 4 godziny przed zabiegiem nie wolno pić, ale na 2 godziny przed zabiegiem zaleca się wypicie 1/2 szklanki (100 ml) niegazowanej wody w celu oczyszczenia żołądka z zalegających kwasów.
- Proszę zostawić w domu kolczyki, pierścionki, łańcuszki, zegarek itp.
- Wyjmowane aparaty ortodontyczne i szkła kontaktowe trzeba będzie zdjąć na czas zabiegu.
- Przez 24 godziny po zabiegu dziecko powinno pozostawać pod opieką osoby dorosłej.

OŚWIADCZAM ŻE WYKONAŁEM/AM ZALECENIA U DZIECKA.

.....
Data i podpis rodzica / opiekuna