

**Imię i Nazwisko**.....  
**Data urodzenia** ..... **PESEL**.....  
**Planowane badanie** ..... **Data badania** .....

**Szanowna Pani, Szanowny Panie**

Ze względu na planowane znieczulenie należy przestrzegać poniższych zaleceń:

1. proszę zabrać ze sobą wypisy z poprzednich pobyków w szpitalu, ostatnie wyniki badań związane
2. z przebytymi/obecnymi chorobami
3. przynajmniej **6 godzin** przed znieczuleniem nie jeść, nie pić i nie palić papierosów, a w przypadku kolonoskopii na 2-3 godzinny zaprzestać picie preparatu przygotowującego do badania.
4. rano w dniu badania popić minimalną ilością płynu niezbędne leki, których przyjęcie uzgodniono wcześniej z anestezjologiem
5. przed udaniem się na salę endoskopową należy:
  - a. wyjąć protezy dentystyczne, zarówno częściowe, jak i pełne
  - b. zdjąć biżuterię (kolczyki, łańcuszki, pierścionki, obrączkę)
  - c. zmyć makijaż i usunąć lakier z paznokci

*Po badaniu w znieczuleniu należy*

- mieć towarzystwo osoby dorosłej
- mieć zapewnioną - do rana następnego dnia - opiekę osoby dorosłej
- nie kierować pojazdami mechanicznymi przez 24 h po znieczuleniu
- mieć dostęp do telefonu i w razie wątpliwości kontaktować się z lekarzem wykonującym badanie lub, gdy nie jest on osiągalny, a dzieje się coś niepokojącego – z lekarzem pierwszego kontaktu lub pogotowiem ratunkowym.

Osoby, chcące zwolnienie lekarskie na dzień badania i rekonwalescencję powinny przygotować następujące dane: PESEL i NIP ubezpieczonego, NIP i skróconą nazwę pracodawcy.

Na badanie prosimy dostarczyć aktualne wyniki następujących badań:  
**morfologia krwi, poziom glukozy, jonogram (Na, K, Cl), INR, EKG, TSH**

Poniżej umieściliśmy kwestionariusz, który prosimy wypełnić przed badaniem. Pomoże to nam w zaplanowaniu właściwego postępowania medycznego. Dane te będą traktowane jako tajemnica lekarska.

Prosimy o dokładne zapoznanie się z kwestionariuszem i dokładne wypełnienie oraz odpowiedź na postawione pytania. Pozwoli to na bezpieczne przeprowadzenie znieczulenia w czasie badania endoskopowego.

Wiek.....Waga.....kg      Wzrost.....cm      Ciśnienie krwi ...../..... mmHg

Znane alergie (uczulenia) na leki i inne substancje:

.....  
Obecnie zażywane leki (regularnie i doraźnie) i ich dawki:

.....  
Przebyte zabiegi operacyjne(rodzaj i rok w którym został przeprowadzony):

.....  
Przebyte hospitalizacje (przyczyna i rok, w którym się odbyła):

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania, zakreślając właściwą odpowiedź:

Czy występują u Pani/Pana następujące schorzenia?:

Choroby serca.....	NIE/TAK
Bóle w klatce piersiowej, kołatania serca, omdlenia.....	NIE/TAK
Nadciśnienie tętnicze .....	NIE/TAK
Astma oskrzelowa, zapalenie oskrzeli .....	NIE/TAK
Inne choroby płuc.....	NIE/TAK
Duszność przy wysiłku lub w nocy .....	NIE/TAK
Cukrzyca .....	NIE/TAK
Choroby tarczycy.....	NIE/TAK
Choroby nerek lub kłopoty z moczem .....	NIE/TAK
Padaczka lub drgawki w wywiadzie .....	NIE/TAK
Anemia lub inne choroby krwi .....	NIE/TAK
Żylaki kończyn dolnych.....	NIE/TAK
Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy.....	NIE/TAK
Inne poważne schorzenia .....	NIE/TAK
Czy pali Pani/Pan papierosy? (ile na dzień/lat) .....	NIE/TAK
Czy ma Pani/Pan ruchome zęby, mostki, protezy? .....	NIE/TAK
Czy ma Pani/Pan rozrusznik lub jakieś implanty? .....	NIE/TAK
Kobiety: Czy jest Pani w ciąży? .....	NIE/TAK
Czy stosuje Pani pigułki antykoncepcyjne lub THZ? .....	NIE/TAK
Czy były u Pani/Pana lub członków rodziny jakieś problemy związane ze znieczuleniem? .....	NIE/TAK
Czy jest jeszcze coś, o czym powinien wiedzieć anestezjolog? .....	NIE/TAK

.....  
Podpis pacjenta

Zgoda na znieczulenie:

Wyrażam zgodę na proponowane znieczulenie. Założenia, cele, stopień ryzyka z nim związany, możliwości powikłań z niego wynikających zostały mi przedstawione w sposób dla mnie zrozumiały. Potwierdzam tym samym, że udzielono mi wszelkich niezbędnych informacji na temat znieczulenia. Jednocześnie zapewniam, iż przekazałem wszystkie i prawdziwe informacje o aktualnym swoim stanie zdrowia i przebytych chorobach. Potwierdzam i zapewniam, że składam niniejsze oświadczenie świadomie i swobodnie tak, co do powzięcia decyzji, jak i wyrażenia woli, nie będąc wprowadzonym w błąd przez kogokolwiek, nie działając pod wpływem błędu wywołanego przez kogokolwiek oraz że nie wyzyskano przy składaniu tego oświadczenia mego stanu zdrowia, położenia, niedołęstwa lub niedoświadczenia.

### Wyrażam zgodę na proponowane znieczulenie

Data .....Podpis pacjenta.....

### Ocena stanu Pacjenta (wypełnia lekarz anestezjolog)

WYWIAD:.....

#### BADANIE PRZEDMIOTOWE:

Układ krążenia:.....

Układ oddechowy:.....

Pozostałe układy / inne choroby: .....

Ocena wg skali ASA:.....Mallampati

Badania laboratoryjne: Grupa krwi.....Rh .....; Hb .....Ht .....PLT.....; Glukoza .....

Inne.....

EKG.....

RTG klatki piersiowej.....

Uwagi:.....

Planowane znieczulenie: ANALGOSEDACJA

Data..... Podpis anestezjologa .....

Podpis osoby odbierającej pacjenta po badaniu .....