

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 anestezyjologiem
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.

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 odpowiedzi 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

DataPodpis 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; HbHtPLT.....; Glukoza

Inne.....

EKG.....

RTG klatki piersiowej.....

Uwagi:.....

Planowane znieczulenie: ANALGOSEDACJA

Data..... Podpis anestezjologa

Podpis osoby odbierającej pacjenta po badaniu